

Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização
de Enfermagem Médico-Cirúrgica
vertente Enfermagem Oncológica

Relatório de Estágio

**Comunicação do enfermeiro com a pessoa com
doença oncológica em situação paliativa e seus
familiares: Contributos para a melhoria de cuidados**

Dina Marlene Filipe Cançado Garcia

Lisboa
2017





Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização
de Enfermagem Médico-Cirúrgica
vertente Enfermagem Oncológica

Relatório de Estágio

**Comunicação do enfermeiro com a pessoa com
doença oncológica em situação paliativa e seus
familiares: Contributos para a melhoria de cuidados**

Dina Marlene Filipe Cançado Garcia

Orientador: Patrícia Vinheiras Alves

Lisboa

2017

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



*Sometimes I forget why I'm a nurse
And what's really in my heart.
Sometimes I'm just too busy
I don't know where to start.
Then someone holds my hand.
And greets me with a smile.
They ask if I could stay with them
For just a little while.
If I can calm a sorrowed heart
Just because I'm there.
Then I'm reminded why I'm a Nurse
It's all because I care*

(Autor desconhecido)

AGRADECIMENTOS

A Deus, por me ter concedido saúde e motivação para executar e concluir este árduo trabalho.

À Professora Patrícia Alves, pelo seu compromisso na orientação e acompanhamento deste trabalho. Sem o seu suporte e incentivo, dificilmente chegaria até aqui.

Aos enfermeiros orientadores dos locais de estágio, por me lapidarem e possibilitarem o meu amadurecimento enquanto pessoa e enfermeira.

A todos os doentes e famílias com os quais interagi, pela possibilidade de estar presente num dos momentos de maior fragilidade das suas vidas.

À minha mãe, pai e irmã, que com o seu amor incondicional sempre me apoiaram.

Ao meu marido, que mesmo distante, esteve sempre a meu lado.

À minha avó Maria Vitória, e à minha tia Maria da Luz, falecidas durante a elaboração deste trabalho, pelo amor e educação que me deram ao longo das suas vidas.

A todas as pessoas que me acompanharam ao longo deste percurso, e cuja página é pequena para os nomear, a minha sincera gratidão.

LISTA DE SIGLAS

- DGS - Direção Geral da Saúde
- EONS - *European Oncology Nursing Society*
- ESEL - Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
- OE - Ordem dos Enfermeiros
- WHO - *World Health Organization*

RESUMO

O presente documento constitui uma análise crítica, reflexiva e fundamentada do estágio desenvolvido no âmbito da unidade curricular estágio com relatório do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, vertente Enfermagem Oncológica. Pretende demonstrar o desenvolvimento de competências comuns e específicas de enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área da pessoa em situação crónica e paliativa, preconizadas pela Ordem dos Enfermeiros e o *core curriculum* da *European Oncology Nursing Society*, demonstrando também as competências referidas na lei de bases do sistema educativo do ensino superior português para atribuição do grau de Mestre em Enfermagem. A partir da minha necessidade de formação e de um diagnóstico de situação efetuado num serviço onde exerci funções, foi selecionada como temática deste percurso, a *comunicação do enfermeiro com a pessoa com doença oncológica em situação paliativa e seus familiares: contributos para a melhoria de cuidados*.

A implementação de um projeto de formação/intervenção referente a esta temática teve subjacente a realização de um estágio em três contextos distintos: equipa intra-hospitalar de suporte em cuidados paliativos, unidade de internamento de cuidados paliativos e um internamento médico-cirúrgico. Durante este percurso foi realizada uma revisão *scoping* da literatura; a construção de documentos de orientação e de apoio à prática de Enfermagem; a observação da prática; a prestação de cuidados; a reflexão *na* e *sobre* a ação de forma individual, com os pares e os orientadores dos locais de estágio; a reflexão escrita sobre eventos significativos da aprendizagem e a formação dos enfermeiros. Considero que neste percurso desenvolvi as competências de enfermeiro especialista a que me propus, e que consegui envolver a equipa de Enfermagem do serviço onde implementei o projeto promovendo espaços de reflexão e discussão de situações complexas de comunicação, e o repensar da sua prática neste âmbito. Reconhecendo que as competências de comunicação podem ser aperfeiçoadas pelo treino e formação, ao perspetivar o futuro, pretendo continuar a aprofundar conhecimentos relativos a esta temática, realizando um projeto formativo na instituição onde exerço funções atualmente.

Palavras-chave: comunicação; oncologia; cuidados paliativos; enfermagem; família.

ABSTRACT

This paper constitutes a critical, reflexive and reasoned analysis of the internship developed within the scope of the curricular unit with a report of the Master's Degree in Medical-Surgical Nursing, on Oncology Nursing. It aims to demonstrate the development of general and specific competencies of the nurse specialist in Medical-Surgical Nursing, specifically within the area of the person in chronic and palliative situation, recommended by the Nurses' Ordinance and the core curriculum of the European Oncology Nursing Society, also demonstrating the competencies referred in the laws of the higher education system for the award of the Master's Degree in Nursing. Based on my need for training and a diagnosis of the situation carried out in the ward I worked, the *communication of the nurse with the person with oncologic disease in a palliative situation and their relatives: contributions for the improvement of care* was selected as the theme of this course.

The implementation of a training/intervention project related to this theme had underpinned the realization of an internship in three distinct contexts: in-hospital palliative care support team; a palliative care unit and a medical-surgical ward. During this course a literature scoping review was carried out; the drafting of documents to guide and support the nursing practice; observations of practice; the provision of care; reflection on the individual action was also carried out, with the peers and the internship supervisors; the written reflection on major learning events as a learning and professional development tool and the training of nurse as well. I consider that in this course I was able to develop the skills of nurse specialist that I proposed myself, being able to promote discussions between the nursing team regarding situations of practice and difficulties, providing an opportunity to look differently, rethink and reflect on our practice. As I'm aware that communication skills can be improved by training, and as I look upon the future, I intend to continue to deepen knowledge related to this subject, carrying out training projects in my current workplace.

Keywords: communication; oncology; palliative care; nursing; family.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	9
1 - EXECUÇÃO DAS ATIVIDADES PREVISTAS	28
1.1 - Equipa intra-hospitalar de suporte em cuidados paliativos.....	29
1.2 - Unidade de internamento de cuidados paliativos.....	37
1.3 - Internamento médico-cirúrgico	45
2 - AVALIAÇÃO	58
CONCLUSÕES E TRABALHO FUTURO	61
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	63
APÊNDICES	

Apêndice I: Caracterização da equipa intra-hospitalar de suporte em cuidados paliativos

Apêndice II: Revisão *Scoping* da literatura

Apêndice III: *Check-list* de observação da interação enfermeiro-pessoa/família

Apêndice IV: Reflexão - “Envolvimento dos cuidadores para a otimização de resultados na satisfação das necessidades da pessoa”

Apêndice V: Reflexão - “Comunicação culturalmente sensível no cuidado à pessoa com doença oncológica em situação paliativa e seus familiares”

Apêndice VI: Reflexão - “Aprendendo a gerir más notícias”

Apêndice VII: Caracterização da unidade de internamento de cuidados paliativos

Apêndice VIII: Reflexão - “A utilização de estratégias de comunicação perante a tomada de decisão”

Apêndice IX: Reflexão - “A utilização de estratégias de comunicação durante uma conferência familiar”

Apêndice X: Reflexão - “Recursos e limites pessoais e profissionais no âmbito da comunicação com a pessoa com doença oncológica em situação paliativa e seus familiares”

Apêndice XI: Plano da sessão de formação (Parte I)

Apêndice XII: Documento de avaliação da qualidade da formação

Apêndice XIII: Reflexão - “Gestão de expectativas na prestação de cuidados paliativos”

Apêndice XIV: *Poster* do acrónimo de comunicação (*PRESENTE*)

Apêndice XV: Guia de boas práticas de comunicação

Apêndice XVI: Reflexão - “Acrónimo de comunicação *PRESENTE*: ferramenta útil na prestação de cuidados”

Apêndice XVII: Plano da sessão de formação (Parte II)

INTRODUÇÃO

O presente documento constitui o relatório do estágio realizado no âmbito da unidade curricular estágio com relatório do terceiro semestre do 6º curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de intervenção de Enfermagem Oncológica, onde é efetuada a análise crítica e com base na evidência científica, da implementação de um projeto de formação/intervenção.

Este percurso teve como finalidade desenvolver competências comuns e específicas de enfermeiro especialista¹ em Enfermagem Médico-Cirúrgica, preconizadas pela Ordem dos Enfermeiros (OE) e o *core curriculum* da *European Oncology Nursing Society* (EONS), no âmbito da comunicação com a pessoa com doença oncológica em situação paliativa e seus familiares, e contribuir para a melhoria dos cuidados prestados no internamento médico-cirúrgico do hospital onde exercia funções. A opção por esta temática teve origem numa necessidade pessoal e profissional de formação que foi partilhada pelos enfermeiros do referido serviço (aspeto que abordarei adiante neste capítulo). Pretendo também demonstrar com este percurso e relatório, as competências referidas na Lei de Bases do Sistema Educativo do Ensino Superior português para atribuição do grau de Mestre em Enfermagem (Decreto-Lei n.º 74/2006 de 24 de Março, 2006).

Segundo a Direção Geral da Saúde (DGS), a evolução do panorama da oncologia tem colocado desafios crescentes aos sistemas de saúde, e dado assistirmos diariamente a um aumento significativo de novos casos de cancro², pode-se afirmar que esta é uma doença do presente e do futuro (DGS, 2014). Também a *World Health Organization* (WHO) declara que o cancro representa uma das principais causas de morbilidade e mortalidade em todo o mundo, com cerca de 14 milhões de novos casos e 8,2 milhões de mortes relacionadas com cancro em 2012, sendo

¹ Segundo a Ordem dos Enfermeiros (OE) o enfermeiro especialista “é o enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de Enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção” (OE, 2010, p.2).

² O cancro é um grupo de doenças que se caracterizam pelo crescimento descontrolado e disseminação de células anormais, que se não for controlado, pode resultar em morte. É causado por fatores externos, como o tabaco, organismos infecciosos, e uma dieta pouco saudável, e fatores internos, hormonais, mutações genéticas hereditárias e condições imunológicas. Estes fatores podem agir em conjunto ou sequencialmente para causar a doença. Habitualmente, passam mais de dez anos entre a exposição a fatores externos e a deteção do cancro. Os tratamentos incluem a cirurgia, radioterapia, quimioterapia, terapia hormonal, terapia-alvo e terapia imunológica (American Cancer Society, 2016).

expectável que os casos anuais aumentem para 22 milhões nas próximas duas décadas (WHO, 2015). Em 2012, Portugal Continental apresentou uma taxa de mortalidade, padronizada por tumores malignos, que ronda os 152 óbitos por cada 100.000 habitantes (DGS, 2014). No que respeita ao ano de 2013, mais de 70% das mortes ocorridas em idades inferiores a 70 anos (mortalidade prematura) foram devido a tumores malignos, pelo que, o cancro é a principal causa de morte prematura, e no conjunto das causas de mortalidade em todas as idades, ocupa o segundo lugar (DGS, 2015a). O cancro ou doença oncológica apresenta-se como um diagnóstico devastador, que muitas pessoas associam a morte. No momento inicial do diagnóstico, a pessoa embarca numa jornada de tratamentos com termos médicos desconhecidos, novos prestadores de cuidados de saúde, incertezas dos resultados e flutuações de esperança devido ao efeito perturbador da doença/tratamentos (Guthrie & Mazanec, 2010), situações que geram, inevitavelmente, sofrimento.

Potter (2010) refere que o sofrimento é uma dimensão inevitável da vida, e a forma como cada pessoa o experiencia é variável. Barbosa (2016a) corrobora esta ideia, quando refere que a intensidade do sofrimento é medida nos termos do próprio doente, à luz dos seus valores, das suas vivências, das suas crenças e recursos, e de uma multiplicidade de fatores que fazem do sofrimento humano uma realidade complexa e única para quem a experimenta. Reconhecendo que o sofrimento é sempre vivido por pessoas, e não apenas por corpos (Neto, 2016) fica premente a necessidade de minorar o sofrimento da pessoa com doença oncológica, no sentido de “controlar, monitorizar e aliviar os sintomas, promovendo conforto, autonomia e funcionalidade ao doente dentro das suas capacidades, e realizando ações focadas no interesse da pessoa, ajudando a manter o seu orgulho e dignidade, promovendo significações e sentido à vida” (Alves, Jardim, & Freitas, 2012, p. 123). Nesta ótica, a WHO (2016) alega que a deteção precoce, a precisão diagnóstica e um tratamento eficaz, que inclua cuidados paliativos, ajudam a aumentar as taxas de sobrevivência e a reduzir o sofrimento associado à doença oncológica. A Lei de Bases dos Cuidados Paliativos define cuidados paliativos como:

cuidados ativos, coordenados e globais, prestados por unidades e equipas específicas, em internamento ou no domicílio, a doentes (...) em sofrimento decorrente de doença incurável ou grave, em fase avançada e progressiva, assim como às suas famílias, com o principal objetivo de promover o seu bem-estar e a sua qualidade de vida, através da prevenção e alívio do sofrimento físico, psicológico, social e espiritual, com base na identificação precoce e do tratamento rigoroso da dor e outros problemas físicos, mas também psicossociais e espirituais (Lei n.º 52/2012 de 5 de Setembro, 2012, p. 5119).

Tem tomado corpo a evidência de que os cuidados paliativos são uma resposta adequada às necessidades das pessoas que, não se curando, têm sofrimento associado, e por esta razão, tem existido um esforço para que os seus princípios sejam aplicados de forma a promover a dignidade e qualidade de vida das mesmas (Neto, Marques, Gonçalves, Domingos, & Feio, 2014). É de ressaltar que a oferta de cuidados paliativos faz-se com base num conjunto de necessidades determinadas pelo sofrimento na doença e não por uma especificidade de qualquer diagnóstico (Neto, 2016), e como tal, os cuidados paliativos não são exclusivos da doença oncológica. Contudo, quando associados ao tratamento da mesma, os cuidados paliativos podem aliviar sintomas, aumentar a sobrevivência e qualidade de vida, diminuir os custos dos cuidados e a sobrecarga do cuidador informal (Hui, et al., 2014; Smith, et al., 2012). Faz assim sentido que a pessoa e a sua família³, realidades indissociáveis, sejam a unidade recetora de cuidados (Neto, 2016).

Nesta perspetiva, o Programa Nacional de Cuidados Paliativos declara que os familiares devem ser ativamente incorporados nos cuidados, para que, de forma concertada e construtiva, possam compreender, aceitar e colaborar nos ajustamentos que a doença e a pessoa doente determinam (DGS, 2004), pois “quando um dos elementos da família adoece, o impacto da doença não afeta apenas o doente, estende-se a todo o universo familiar, deparando-se esta com grandes dificuldades para lidar com a doença e com o sofrimento” (Fernandes, 2016, p. 657). O conceito de cuidados paliativos integra cinco fases distintas e clinicamente significativas: estável⁴, instável⁵, deterioração⁶, terminal⁷ e luto⁸ (Masso, et al., 2015). Segundo os

³ A família pode ser definida como uma “unidade social ou todo colectivo composto por pessoas ligadas através de consanguinidade, afinidade, relações emocionais ou legais sendo a unidade ou o todo considerados como um sistema que é maior do que a soma das partes” (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2011, p.115). A pessoa com doença oncológica depende da família para fornecer suporte físico e emocional, e possivelmente, para os cuidados de fim de vida (Guthrie & Mazanec, 2010).

⁴ Os problemas e sintomas da pessoa encontram-se controlados pelo plano de cuidados estabelecido; foram planeadas outras intervenções para manter o controlo dos sintomas e a qualidade de vida; e a situação familiar é estável, não havendo, aparentemente, novas questões.

⁵ É necessário uma mudança urgente no plano de cuidados ou um tratamento de emergência porque a pessoa experimenta um novo problema que não estava previsto no plano de cuidados existente; e/ou experimenta um aumento rápido na severidade de um problema atual; e/ou a situação económica da família sofre alterações e interfere com os cuidados prestados.

⁶ O plano de cuidados requer revisão periódica porque a pessoa está em declínio da sua capacidade funcional e sofre um agravamento do problema existente; e/ou sofre um novo problema (se não for antecipado); e/ou o agravamento gradual da pessoa gera angústia na família e tem impacto nos cuidados prestados.

⁷ A morte é provável dentro de horas ou dias.

⁸ A pessoa morreu e é prestado apoio no luto aos familiares.

mesmos autores, estas fases são determinadas por uma avaliação holística que permite definir o estado clínico, planejar a intervenção e melhorar a qualidade e o financiamento dos cuidados. Revela-se por isso importante, o desenvolvimento de uma prática precoce de cuidados paliativos, pois estes permitem alcançar o alívio de problemas físicos, psicossociais e espirituais, em mais de 90% das pessoas com cancro, ajudando-os a viver confortavelmente (WHO, 2015).

Reconhecendo que a comunicação é a pedra angular da relação enfermeiro-pessoa/família (The Joanna Briggs Institute, 2011) e uma das formas de proporcionar conforto (Goldsmith, Ferrell, Wittenberg-Lyles, & Ragan, 2012), faz-me sentido ancorar este percurso de desenvolvimento de competências de comunicação na teoria de conforto de Katharine Kolcaba. Vendliniski & Kolcaba (1997) consideram que o enfermeiro, pela proximidade e o tempo de contacto com a pessoa/família, encontra-se numa posição única para confortar, uma intervenção primordial na prática de cuidados paliativos. À luz desta teoria, a intervenção de Enfermagem é a ação de confortar, e o resultado dessa intervenção é o conforto⁹ (Kolcaba, 2003). Para este efeito, a prestação de cuidados de conforto deve ser uma intervenção individualizada, eficiente e satisfatória, em vez de “mais uma coisa a fazer” (kolcaba, 2010).

Ao estruturarem a sua prática tendo como suporte a teoria de conforto, os enfermeiros devolvem cuidados de conforto proactivos, dinâmicos e intencionais, e promovem a avaliação e conceção de intervenções que melhorem o conforto da pessoa e seus familiares (Vendlinski & Kolcaba, 1997). Kolcaba (2003) clarifica o conceito de conforto, recorrendo a uma estrutura taxonómica que conceptualiza duas partes inter-relacionadas: os estados e os contextos de conforto. Os três estados de conforto são: o alívio, a tranquilidade e a transcendência. O alívio é o estado de conforto em que a pessoa viu satisfeita uma necessidade de conforto específica, sendo essencial para que a pessoa restabeleça o seu funcionamento habitual; a tranquilidade refere-se a um estado de calma, sossego ou satisfação, e a transcendência é um estado no qual a pessoa supera os seus problemas ou sofrimento. A transcendência implica crescimento, conferindo à pessoa a possibilidade e capacidade para planejar, controlar e resolver problemas. Por conseguinte, estar confortável significa ter as necessidades de alívio, tranquilidade e

⁹ O conforto é uma experiência imediata e holística obtida através da satisfação das necessidades de conforto da pessoa/família (Kolcaba, 2003).

transcendência satisfeitas, nos quatro contextos onde ocorrem: físico, psicoespiritual, sociocultural e ambiental. O contexto físico refere-se às sensações corporais e engloba aspetos que afetem o estado físico (relaxamento e descanso; níveis de eliminação e hidratação; equilíbrio hidro-eletrolítico; dor; posicionamento, condição clínica, entre outras); o contexto psicoespiritual diz respeito à consciência de si mesmo e inclui a autoestima; o autoconceito; o significado da vida; a sexualidade e a relação com um ser ou uma ordem superior; o contexto sociocultural alude às relações interpessoais, familiares, sociais ou culturais; e o contexto ambiental integra a luz, o ruído, a temperatura, a cor ou outros elementos artificiais e naturais do ambiente (Kolcaba, 2003). De acordo com a teoria de conforto, se os enfermeiros demonstrarem formas de proporcionar conforto, que incluem por exemplo uma comunicação eficaz, possibilitam uma forma lógica de articular e promover uma cultura de conforto (Kolcaba, 2010), sendo esperado que as pessoas mais confortáveis superem melhor os obstáculos, adaptem-se melhor às limitações e tenham uma morte mais serena do que aquelas que se sentem desconfortáveis (Kolcaba, 2003). Decorrente desta perspetiva, o conceito “conforto”, devidamente utilizado e valorizado, apresenta um elevado interesse e potencial para a Enfermagem, por poder ser considerado “um resultado (...) sensível à intervenção do enfermeiro, pelo carácter mais imediato da experiência e pela conotação de valorização da ajuda fortalecedora implícita” (Oliveira, 2013, p. 6). Com o intuito de proporcionar o máximo de conforto à pessoa, independentemente do curso da doença e duração da sobrevivência (Ministério da Saúde, 2007), os cuidados paliativos devem alicerçar a sua intervenção em quatro pilares fundamentais: o controlo de sintomas, o apoio à família, o trabalho em equipa multidisciplinar e uma comunicação eficaz (Neto, 2016; OE, 2015a; Twycross, 2003). Dos pilares de intervenção referidos, irei enfatizar o último: a comunicação.

Consciente que a eficácia da comunicação é fundamental quando se idealiza uma prática especializada na área de intervenção de Enfermagem Oncológica, o foco do meu percurso de desenvolvimento de competências foi a comunicação enfermeiro-pessoa com doença oncológica em situação paliativa e seus familiares. O meu interesse pela comunicação enquanto intervenção autónoma¹⁰ de Enfermagem existe

¹⁰ A comunicação é uma intervenção autónoma de Enfermagem, dado que, é realizada pelo enfermeiro sob sua única e exclusiva iniciativa e responsabilidade, de acordo com as respetivas qualificações profissionais (Decreto-Lei nº 161/96 de 4 de Setembro, 1996).

desde o início da minha atividade profissional. Foi adquirindo um contorno especial ao exercer funções em contextos onde a prestação de cuidados à pessoa com doença oncológica em situação paliativa e seus familiares me fazia refletir sobre as minhas competências comunicacionais. De facto, é pela mobilização das competências profissionais, alicerçadas e desenvolvidas com base nas capacidades e qualificações, que o enfermeiro pode, em situação, ser aquele que melhor responda à satisfação das necessidades da pessoa/família, pois uma das competências essenciais no desempenho dos profissionais de Enfermagem é a comunicação (Amendoeira, et al., 2003). Baer & Weinstein (2012) referem que, quando os enfermeiros detêm competências de comunicação, desempenham um papel fundamental na satisfação, adesão ao plano de cuidados e resultados clínicos globais da pessoa. Contudo, tendem a manter a comunicação a um nível superficial e não terapêutico, revelando-se, por isso, imprescindível o desenvolvimento de competências nesta área de intervenção autónoma de Enfermagem.

Mas o que significa comunicar? “Comunicar é relacionar-se, é transmitir o que se tem. É um processo multidirecional, multidimensional, complexo e dinâmico, (...) composto pela partilha de informação, atitudes e emoções” (Silva & Alvarenga, 2014, p. 46). Citando Phaneuf (2005, p. 23), a comunicação é “um processo de criação e de recriação de informação, de troca, de partilha e de colocar em comum sentimentos e emoções entre as pessoas”. Amendoeira, et al., (2003) mencionam que a comunicação é um instrumento básico dos cuidados de Enfermagem, pois enquanto cerne das relações humanas, é um fator determinante na construção de uma relação terapêutica que permita aceder com dignidade a todas as dimensões da pessoa durante o processo de cuidados. Estas perspetivas sugerem que, a comunicação, enquanto elemento-chave do processo terapêutico, é importante para a transmissão de informação ao outro, mas também para o estabelecimento da relação interpessoal enfermeiro-pessoa/família. *E o que significa uma comunicação eficaz?* A comunicação é eficaz quando é transmitida e recebida a mensagem pretendida (Fawole, et al., 2012). Ao comunicar eficazmente, o enfermeiro adequa a informação fornecida, sem descurar que é essencial perceber como a mensagem foi recebida, pois comunicar é antes de mais um processo, e vai muito além do ato de dar informação (Silva & Alvarenga, 2014). Admitindo que a doença oncológica causa deterioração do bem-estar emocional (Strang, Henocho, Danielson, Browall, & Melin-Johansson, 2014),

cuidar de uma pessoa com doença crónica avançada que caminha inexoravelmente para a morte, é uma experiência humana de elevada complexidade, pela natureza emocional dos cuidados, pela fragilidade e vulnerabilidade sentida por todos os que estão próximos dele, pela exigência no alívio do sofrimento físico e existencial, pela necessidade de garantir qualidade de vida e, especialmente, na capacidade de saber preservar a dignidade de cada pessoa (Sapeta & Lopes, 2014). Diante esta ideia, Querido, Salazar, & Neto (2016) revelam que a comunicação do diagnóstico e prognóstico; a transição desde o tratamento curativo a paliativo; o controlo de sintomas; a esperança e expectativas sobre o tratamento; a planificação para o futuro ou os pedidos no fim da vida, são temáticas¹¹ complexas de comunicação que preocupam a pessoa/família, solicitando, por isso, a intervenção dos profissionais.

Não obstante, perante a complexidade que as referidas temáticas detêm, a EONS alega que, em toda a Europa, uma das críticas no âmbito da oncologia é a comunicação pobre entre os enfermeiros e a pessoa/família (EONS, 2013). Efetivamente, a comunicação em oncologia é complicada, pois um diagnóstico de cancro cria sofrimento psicológico e uma necessidade substancial de apoio informativo e emocional (The Joanna Briggs Institute, 2011). Stajduhar, Thorne, McGuinness, & Kim-Sing (2010) acrescentam que a pessoa com doença oncológica continua a ter necessidades de comunicação não satisfeitas, e que os efeitos de uma comunicação ineficaz, particularmente para quem se encontra numa situação paliativa, pode ter consequências nocivas. Nesta lógica, embora a comunicação em cuidados paliativos seja um elemento-chave da prestação de cuidados é comum a sua sub-otimização, o que gera efeitos negativos sobre a pessoa/família (Fawole, et al., 2012). Assim, diferentes autores comungam a ideia de que, pouca atenção tem sido dada às especificidades comunicacionais dos enfermeiros que cuidam de pessoas com doença oncológica em situação paliativa e seus familiares (Wittenberg-Lyles, Goldsmith, Ferrel, & Ragan, 2012). Estas perspetivas denotam que os aspetos que envolvem o processo de comunicação devem ser “alvo de rigor, técnica e treino, e devem, como tal, merecer a maior atenção por parte dos profissionais de saúde, e receber tanta ou mais atenção quando comparados com outras áreas técnicas (Querido, et al., 2016, p. 819). Existem, por isso, razões sólidas para tornar eficaz a

¹¹ A operacionalização das temáticas complexas de comunicação foi integrada ao longo do relatório, nos locais de estágio em que as mesmas emergiram e foram motivo de intervenção.

comunicação com a pessoa com doença oncológica em situação paliativa e seus familiares, e sendo extensa a evidência que apela ao desenvolvimento de competências de comunicação nesta área, ficou reforçada a pertinência da implementação do projeto de formação/intervenção.

Embora durante os estágios exercesse funções em consulta externa, a implementação do projeto ocorreu no internamento médico-cirúrgico do hospital a que pertencia (contexto onde exerci funções nos últimos 5 anos e para onde havia grandes possibilidades de regressar). Sendo um contexto onde se encontram internadas pessoas com doença oncológica em vários estádios da doença, incluindo o paliativo, em que a comunicação constitui uma dificuldade para os enfermeiros, aspeto que explicarei mais adiante, pretendi com este percurso contribuir para a melhoria dos cuidados prestados no âmbito da comunicação enfermeiro-pessoa com doença oncológica em situação paliativa e seus familiares. Neste internamento, o tratamento cirúrgico (curativo) da doença oncológica é a intervenção de primeira linha. Diante do seu insucesso ou na impossibilidade do mesmo se concretizar, a pessoa/família é confrontada com a incurabilidade da doença. Perante a integração desta nova realidade, eram frequentes as interações que me faziam sentir desconfortável. Esta ideia é corroborada por diferentes autores quando referem que, devido ao elevado número de interações difíceis e ímpares em oncologia e cuidados paliativos, os enfermeiros apresentam desconforto na comunicação (Boyd, Merkh, Rutledge, & Randall, 2011; Goldsmith, et al., 2012; Moir, Roberts, Martz, Perry, & Tivis, 2015).

Com o intuito de perceber se este desconforto era partilhado pelos enfermeiros deste internamento, realizei entrevistas não gravadas junto dos mesmos, colocando questões como: *Quais as principais dificuldades no âmbito da comunicação com a pessoa com doença oncológica em situação paliativa e seus familiares? Utiliza algumas estratégias que o ajudem a superar estas dificuldades?* Não olvidando que neste contexto são prestadas ações paliativas¹², foram expressas as dificuldades comunicacionais dos enfermeiros: *“evito falar”*; *“muitas vezes acabo por distanciar-me pois não sei o que dizer e como dizer”*; *“tenho medo que a forma como comunico*

¹² As ações paliativas são “as medidas terapêuticas sem intuito curativo, isoladas e praticadas por profissionais sem preparação específica, que visam minorar, em internamento ou no domicílio, as repercussões negativas da doença sobre o bem-estar global do doente, nomeadamente em situação de doença incurável ou grave, em fase avançada e progressiva” (Lei n.º 52/2012 de 5 de Setembro, 2012, p. 5119).

verbal/não-verbalmente tenha um impacto negativo na pessoa/família; “receio falar de mais”; entre outras respostas. Estes dados, ainda que não tenham sido alvo de análise de conteúdo e representarem apenas os enfermeiros entrevistados, corroboram as conclusões de Clayton, Reblin, Carlisle, & Ellington (2014), quando referem que os enfermeiros cujos cuidados ocorram em contexto de agudos, que, por norma, acarretam uma menor frequência ou familiarização com situações com um grande impacto emocional, requerem o desenvolvimento de competências de comunicação, competências essas que devem ser incorporadas nos programas educacionais das organizações¹³ profissionais.

Em cuidados paliativos, a comunicação com a pessoa/família é alicerçada em três competências básicas de comunicação: a compreensão empática, a escuta ativa e o *feedback* (Querido, et al., 2016). Pinto (2014) refere que o desenvolvimento destas competências é imprescindível, pois ao cuidarem a pessoa no seu todo e na particularidade da vivência e expressão do seu sofrimento, os profissionais sentem que a sua intervenção, apesar de difícil, tem um cunho humanizado. Além disso, estas competências permitem que a pessoa/família se sinta compreendida, esclarecida, apoiada e acompanhada durante o processo de doença (Silva & Alvarenga, 2014).

A compreensão empática é “a capacidade de o profissional conseguir pôr-se na “pele” do outro, ver o mundo do outro com o olhar do outro, tentar ver o que ele vê, mas com um aspeto extremamente importante, que é nunca perder a noção de que ele não é o outro” (Pinto, 2014, p. 66). Na ótica de Clayton, et al., (2014), em cuidados paliativos, é frequente que a pessoa/família faça declarações “pesadas” emocionalmente, competindo ao enfermeiro oferecer uma resposta empática que promova a expressão e verbalização dos seus pensamentos, preocupações e emoções. Isto implica estar atento à perceção da pessoa/família sobre o que se está a passar, por forma a captar o impacto que a doença provoca a nível emocional, físico e social, adequando a informação ao que quer saber (Silva & Alvarenga, 2014). Podemos por isso verificar que a empatia representa um elevado nível de competência de comunicação, que envolve antes de mais a identificação de pistas emocionais (Back & Arnold, 2014).

¹³ Ressalvo o facto da intervenção perante a pessoa em situação paliativa e seus familiares ter sido motivo de não conformidade em processo de acreditação externa pela *Joint Commission International*, sendo por isso evidente o interesse da organização para a implementação do projeto.

Perspetivando a eficácia da comunicação enfermeiro-pessoa/família, a compreensão empática deve ter subjacente, uma outra competência de comunicação: a escuta ativa. Segundo Barbosa (2016b) a intenção fundamental da escuta ativa é procurar primeiro compreender e só depois ser compreendido, e como tal, a pessoa deve sentir-se reconhecida e respeitada. Para escutar ativamente, o enfermeiro deve reunir características essenciais: estar focado na interação, demonstrar disponibilidade, manifestar interesse sobre o que é dito, e evitar julgamentos (Heyse-Moore, 2009), pois quando o enfermeiro escuta ativamente, isto é, de forma atenta e reflexiva, acolhe o que o outro diz, não apenas no seu conteúdo, mas também na sua forma (Moore, Mercado, Artigues, & Lawrie, 2015). Neste sentido, a escuta ativa deve centrar-se nas reais necessidades da pessoa e não naquelas que o profissional supõe que ele tenha (Araújo, 2011), o que pressupõe que o enfermeiro cale os seus próprios pensamentos e emoções (Phaneuf, 2005), demonstrando uma atitude positiva que incentive a pessoa a falar sobre as suas preocupações e perspetiva individual (Strang, et al., 2014). É por isso consensual que a escuta ativa contribui para a aceitação incondicional da individualidade de cada pessoa (Kozłowska & Doboszynska, 2012), pois aceita, compreende e respeita a vivência do ser humano (Bermejo, 2011).

O *feedback*, por sua vez, é uma competência básica de comunicação que permite “controlar a eficácia da comunicação, perceber a intenção do recetor e a sua reação” (Querido, et al., 2016, p. 819). Por conseguinte, o enfermeiro pode utilizar o *feedback* para determinar se foi eficaz na sua comunicação, dado que, esta competência de comunicação permite avaliar de que forma as mensagens são transmitidas, pois dependendo do impacto na pessoa/família, o enfermeiro poderá ter que mudar o seu modo de enviar a mensagem ou mudar o conteúdo da mesma (Broca & Ferreira, 2012).

As competências de comunicação referidas podem ser conceitos subjetivos e, por isso, a sua sustentação e implementação na prática requer o uso adequado de estratégias de comunicação (Silva & Araújo, 2012). Efetivamente, os contextos de cuidados paliativos integram conversas do foro emocional, e a familiarização com estratégias de comunicação é uma forma dos enfermeiros gerirem a angústia ou a preocupação pois permite-lhes “provocar” ou “responder” às emoções expressas pela pessoa/família (Clayton, et al., 2014; O’Hagan, et al., 2013). Schuster & Nykolyn (2010) alegam que os enfermeiros que utilizam estratégias de comunicação têm

resultados mais positivos na prestação de cuidados do que aqueles que não as utilizam, referindo que estes últimos ficam limitados nos seus esforços para alcançar objetivos pessoais e profissionais. Vertino (2014) revela ainda que o uso de estratégias de comunicação pode reduzir o stresse, promover o conforto e melhorar a qualidade de vida não só da pessoa/família, mas também do enfermeiro. Nesta linha de pensamento, a utilização de estratégias de comunicação tem um impacto positivo na comunicação enfermeiro-pessoa/família, e por isso, a sua utilização de forma eficaz e apropriada permite responder ao sofrimento em cuidados paliativos (O'Hagan, et al., 2013).

Apesar da sua legitimidade, a utilização de estratégias de comunicação resulta muitas vezes de experiências *on-the-job* e aconselhamento junto de enfermeiros mais experientes, o que sugere a necessidade de uma preparação sistemática nesta área (Clayton, et al., 2014). Enquanto conceito multidimensional, revela-se importante que o enfermeiro perceçione a comunicação nas suas formas verbal, não-verbal e para-verbal, que de modo intencional ou não, são formas específicas de comunicação associadas a diferentes estratégias de comunicação (Querido, et al., 2016; Kozłowska & Doboszynska, 2012). A comunicação verbal possibilita compartilhar ideias, experiências e validar o significado simbólico da perceção sobre o assunto. Permite ainda confirmar aquilo que é expresso através da comunicação não-verbal, clarificando a pessoa/família quanto à informação transmitida (Broca & Ferreira, 2012). Em cuidados paliativos, destacam-se como estratégias de comunicação verbal decisivas para a eficácia da interação enfermeiro-pessoa/família: as perguntas-abertas e fechadas; a clarificação; a validação; a negociação; a reformulação; a confrontação e o resumo.

A realização de perguntas é por si só uma importante estratégia de comunicação verbal, dado que as informações obtidas são de extrema importância para a satisfação das necessidades da pessoa/família. Bermejo (2011), afirma que as perguntas devem promover a reflexão de forma não diretiva, fomentando informações ricas acerca dos conteúdos e significados da situação. As perguntas-abertas permitem uma resposta que oferece a própria perspetiva, opinião e sentimentos, logo, uma interação enfermeiro-pessoa/família que decorra sem perguntas-abertas, não permite perceber como esta se sente realmente e quais são as suas principais preocupações (Twycross, 2003). As perguntas-fechadas podem ser utilizadas para obter detalhes

particulares ou explorar questões específicas, e têm uma resposta limitada, muitas vezes, de uma palavra. Habitualmente as perguntas fechadas seguem-se às perguntas abertas, e a combinação destes dois tipos de perguntas permite avaliar e compreender a perspetiva da pessoa/família (McEwen & Harris, 2010). É indiscutível a relevância desta estratégia de comunicação verbal, porém, é importante ter presente que o diálogo não deve ser um interrogatório, em que se realizam mais perguntas do que as necessárias (Bermejo, 2011).

Ao realizar perguntas, é importante que o enfermeiro seja honesto quando não entende a mensagem que a pessoa está a transmitir (Buckman, 2001), pelo que, será através da clarificação que declarações vagas ou pouco explícitas são esclarecidas de forma simples e clara (Moore, et al., 2015). Barbosa (2016b, p. 853) refere que a clarificação “começa por uma pergunta seguida de um rephraseamento da mensagem do doente” que irá possibilitar uma identificação concreta das perceções e sentimentos relacionados com a sua situação. Neste contexto, Lazure (1994, p. 119), alega que a clarificação é “um remédio para a ambiguidade” pois ajuda a pessoa/família a perceber com maior clareza o seu problema ou as suas soluções. Não se revela favorável clarificar a informação com a pergunta *porquê*, pois pode exercer pressão para uma justificação; pode ser encarado em tom de crítica, e além disso, a pessoa/família pode não estar interessada em descobrir o *porquê*, estando simplesmente à procura de opções que a ajudem a lidar com a sua situação atual (Heyse-Moore, 2009).

Durante a interação, o enfermeiro deve mobilizar uma outra estratégia de comunicação verbal: a validação. A validação permite entender a pessoa na sua globalidade, na medida em que reconhece de forma válida a sua lógica, as suas emoções e os seus sentimentos (Phaneuf, 2005). Para este efeito, o enfermeiro deve disponibilizar tempo para compreender claramente as vivências da pessoa/família, por forma a proporcionar-lhe uma forte sensação de ser compreendida ou a oportunidade de o negar, havendo assim a possibilidade de ajustar a compreensão do profissional (Bermejo, 2011). A validação comporta essencialmente dois objetivos: a normalização e a legitimação. Na normalização, uma afirmação comparativa expressa que uma resposta emocional não é fora do comum (Brown & Bylund, 2010). A normalização “deve ser feita sem preconceitos e criando um espaço de confiança onde o doente possa explorar as vivências, sobretudo as que causam mais estranheza ou vergonha”

(Barbosa, 2016b, p. 850). Na legitimação, deve ser feita uma afirmação que expresse que uma resposta emocional a um acontecimento/experiência é considerado adequado ou razoável (Brown & Bylund, 2010).

A negociação é uma estratégia de comunicação verbal que visa analisar todos os fatores envolvidos na situação, de modo a atingir consensos entre a equipa de cuidados e a pessoa/família. McCormack & McCance (2010) referem que ao negociarem possibilidades, os enfermeiros centram-se em compreender informações e perspetivas que integrem valores da pessoa/família, legítimos para a tomada de decisão. Perante procedimentos ou ações a realizar, a negociação incentiva à definição de objetivos e metas de cuidados a atingir, razão pela qual, é decisiva no processo de tomada de decisão (Moore, et al., 2015). Por conseguinte, a pessoa/família sente que lhe é dado o controlo sobre a sua vida, pois negociar significa que existe um incentivo a uma participação plena nos cuidados, focando o que será feito e identificando os objetivos dos cuidados propostos (Bach & Grant, 2009).

A reformulação consiste em escutar atentamente, reorganizar a frase nos nossos próprios termos e devolver o conteúdo da mensagem de forma clara e objetiva, sem palavras idênticas (Phaneuf, 2005). Bermejo (2011) acrescenta que a reformulação é uma das estratégias que melhor operacionaliza a empatia, pois devolver à pessoa/família o que a mesma nos diz, promove uma sensação de segurança e aceitação de si mesma. Quando o enfermeiro reformula a informação transmitida, pode refletir sobre opiniões ou factos, mas deve manter-se alinhado com o sentido atribuído pela pessoa/família, pois reformular não significa repetir o que foi dito pelas nossas próprias palavras. Reformular tem subjacente a escolha dos termos, o tom da voz e o significado que atribuímos ao discurso, no sentido de nos situarmos ao nível do que a pessoa sente (Phaneuf, 2005).

A confrontação, definida por Barbosa (2016b, p. 853) como a “descrição de discrepância”, implica que a pessoa perceba contradições, desconhecimentos ou incoerências. A utilização desta estratégia pressupõe uma demonstração prévia de compreensão e aceitação incondicional, de modo a que não seja interpretada como um juízo ou humilhação (Bermejo, 2011). Neste sentido, através de uma atitude positiva e construtiva, o enfermeiro permite que a pessoa tome consciência do ilogismo/irrealismo do que diz ou faz, ou ainda da distância que existe entre as suas

palavras e as suas ações, saindo fortalecido o contacto com as suas emoções e o seu agir (Phaneuf, 2005).

O resumo é um conjunto de reflexões que são reunidas e apresentadas à pessoa/família com o intuito de ajudar a organizar as suas experiências (Pollak, Childers, & Arnold, 2011). Ao utilizar esta estratégia, o enfermeiro apresenta pontos-chave da interação e elabora um plano de cuidados em função das necessidades e prioridades analisadas em parceria com a pessoa/família, garantindo que existem medidas concretas para prevenir o sofrimento (Querido, et al., 2016). Para este efeito, enumera ou recapitula os principais assuntos abordados ou detalhes acordados e áreas de acordo/desacordo (Barbosa, 2016b). O resumo pode terminar com uma pergunta que verifique a exatidão da informação obtida (Bermejo, 2011).

Tendo presente que “mais de 75% da comunicação se faz com base nos aspetos não-verbais, sendo estes mais genuínos e menos sujeitos à censura do consciente” (Querido, et al., 2016, p. 820), deve existir uma consciencialização da comunicação não-verbal por parte do enfermeiro. McEwen & Harris (2010) afirmam que a comunicação não-verbal é toda a mensagem que é transmitida, sem o uso de qualquer palavra, o que significa que, pode ser definido o “rumo” da interação, antes das palavras serem pronunciadas. Os mesmos autores referem ainda que a pessoa/família presta mais atenção à comunicação não-verbal do que à verbal, sendo essencial que estejamos atentos às mensagens não-verbais que transmitimos. Podemos por isso verificar que durante a prestação de cuidados grande parte da mensagem é transmitida de forma não-verbal, pois embora não estejamos conscientes de o fazer desta forma, falamos mais através do corpo do que por meio de palavras, o que faz com que a comunicação não-verbal seja dinâmica e sofra alterações a cada instante (Heyse-Moore, 2009). Em cuidados paliativos, como estratégias de comunicação não-verbal determinantes para a eficácia da interação enfermeiro-pessoa/família destacam-se: a expressão facial, o contacto visual, o toque, a proxémica, a postura corporal, o silêncio e a presença.

A expressão facial pode em grande parte obedecer ao controlo da vontade, mas certas reações súbitas transparecem involuntariamente, razão pela qual, o enfermeiro não pode estar certo do sentido que tomam as suas palavras, se não for pela reação de quem o escuta (Phaneuf, 2005). Nesta ótica, Ekman (2011, p. 14) refere que as expressões faciais são fruto das nossas emoções, e que “não temos

muito controle a respeito do que nos deixa emocionados, mas é possível, embora não seja fácil, fazer algumas mudanças naquilo que ativa nossas emoções e o nosso comportamento quando nos emocionamos”. Reconhecendo que a alegria, o medo, a surpresa, a tristeza, a raiva, o nojo e o desprezo são expressões faciais universais (Ekman, 2011), “sempre que possível, é desejável que os profissionais limitem as expressões faciais às mais positivas” (Querido, et al., 2016, p. 821). Deste modo, impera o controlo da expressão facial, pois consciente que a mesma permite alcançar um vínculo emocional, o enfermeiro deve expressar atenção e aceitação autênticas perante a pessoa em sofrimento (Bach & Grant, 2009).

O contacto visual é uma estratégia de comunicação não-verbal que a pessoa/família associa a atenção e a uma escuta ativa (Querido, et al., 2016), dado que “comunicar consiste em primeiro lugar em partilhar um olhar com a pessoa com a qual estamos em relação, em trocar com ela a expressão do sentido profundo que atribuímos mutuamente ao que é dito” (Phaneuf, 2005, p. 35). A utilização desta estratégia por parte do enfermeiro faz com que a pessoa se sinta interpelada e envolvida na interação. Por conseguinte, o olhar pode gerar confiança e revelar se a comunicação é honesta e autêntica, permitindo que a pessoa expresse os seus sentimentos, significados e experiências (Bermejo, 2011). A intensidade e duração do contacto visual tido como aceitável difere em cada cultura, e na que nos domina (latina e mediterrânea) pode ocupar até 60-80% da interação. Se ocupar menos de 30% pode ser sinal de desinteresse ou timidez, se for superior a 80% poderá ser intimidatório (Querido, et al., 2016). Como tal, o contacto visual deve ser mantido a grande maioria do tempo, mas se a interação tornar-se intensa ou emocionalmente carregada, é preferível que o profissional desvie o olhar, pois se não o fizer poderá ser interpretado como intrusivo (Buckman, 2001).

O toque é uma das estratégias de comunicação não-verbal que pode introduzir maior proximidade na interação, transmitindo à pessoa a ideia de que o profissional está com ela e partilha o seu sofrimento (Querido, et al., 2016). Tocar a pessoa durante a interação, pode oferecer conforto, calor, vitalidade e segurança (Mariano, 2010). Pode ainda comunicar respeito, força, disponibilidade e uma atitude de igualdade e cooperação (Heyse-Moore, 2009), pois ao constituir um meio importante de restabelecer a sensação de ligação com o outro e com o mundo em geral, o toque pode reduzir a sensação de isolamento (Twycross, 2003). É compreendido de

diferentes modos de acordo com a cultura, pelo que, antes de utilizar o toque, o enfermeiro deverá atender aos aspetos culturais da pessoa/família, mantendo-se atento às suas reações, adequando o seu comportamento se necessário (Phaneuf, 2005). Neste contexto, tocar, deve pressupor que o profissional se encontra sensível à reação da pessoa. Se a pessoa é reconfortada, o profissional pode manter o toque, mas se pelo contrário a pessoa se sentir desconfortável (sentido como agressão ou dominância), o profissional deve suspender o toque (Buckman, 2001). Outro aspeto fundamental do toque diz respeito ao aperto de mão. Um aperto de mão no início da interação é uma forma útil e socialmente aceite de entrar em contato com a dimensão humana da pessoa (Heyse-Moore, 2009).

A proxémica é uma estratégia de comunicação não-verbal que também contribui para a eficácia da comunicação, não sem antes, o enfermeiro conhecer as relações da pessoa com o espaço. O espaço íntimo estende-se até 40 centímetros em torno da pessoa e é tolerado em relação a pessoas com quem se tem uma relação de intimidade. Em algumas circunstâncias e com o devido consentimento pode ser invadido o espaço íntimo da pessoa. O espaço interpessoal é a distância que vai dos 40 centímetros a cerca de 1 metro, e que permite alguma proximidade sem invadir a intimidade. A interação ocorre habitualmente no espaço interpessoal (Querido, et al., 2016). Segundo Phaneuf (2005), o espaço ou distância correta para uma comunicação eficaz é difícil de definir e não existe uma regra de ouro, porém, o espaço interpessoal facilita o suporte emocional ou a relação de ajuda aquando de situações penosas de dor, perda ou fim de vida. É de salientar que a proxémica pode ser comprometida sempre que existam objetos (mesa ou outros obstáculos que façam parte do contexto envolvente) que “afastam” o enfermeiro da pessoa, e por isso, no início da interação, estes devem ter retirados (Buckman, 2001).

A postura corporal do enfermeiro, quando utilizada de forma eficaz, é uma estratégia de comunicação não-verbal que denota a sua vontade em estar presente. Quando o enfermeiro vira a cara e o corpo na direção da pessoa/família, e faz uma ligeira inclinação do tronco para a frente, facilita a comunicação e transmite uma sensação de preocupação e vontade genuína em ajudar (Querido, et al., 2016). Por outro lado, revela que a pessoa/família tornou-se o centro da sua atenção, pois a inclinação sobre o outro demonstra interesse e procura de intimidade (Phaneuf, 2005). Heyse-Moore (2009), refere que quando o enfermeiro se senta e fica ao nível dos

olhos da pessoa/família, coloca-se em “pé” de igualdade, respeitando a sua vulnerabilidade e demonstrando tempo para que possa falar e ser escutada. Esta atitude por parte do enfermeiro vai minimizar as percepções de superioridade ou inferioridade, e deve ser utilizada sempre que existam discussões importantes (McEwen & Harris, 2010). É desejável que o profissional se sinta de forma confortável, com os ombros relaxados, os pés no chão e as mãos apoiadas sobre os joelhos, pois esta posição neutra sugere que o profissional se encontra descontraído e sem pressa (Buckman, 2001).

O silêncio é uma estratégia de comunicação não-verbal que favorece a reflexão e possibilita a partilha de emoções e sentimentos. Como tal, o silêncio deve ser interpretado numa perspetiva que ultrapasse um momento de paragem do discurso, pois pode transmitir significados muito distintos, que vão desde a compreensão à não-aceitação da pessoa/família (Phaneuf, 2005). Buckman (2001) refere que o silêncio é a primeira e mais importante estratégia para facilitar o diálogo. De acordo com o mesmo autor, o silêncio revela o estado de espírito da pessoa, muitas vezes repleto de sentimentos intensos, difíceis de expressar em palavras. Compete ao enfermeiro, a capacidade de gerir os silêncios de forma adequada, porque se forem mal geridos, podem criar um vazio na relação (Pinto, 2014). Nesta lógica, é preciso evitar “abusar” do silêncio, porque isso pode conferir um carácter frio, diretivo e constrangedor. Na realidade, por vezes o silêncio parece maior do que aquilo que realmente é, sendo vital que o enfermeiro reconheça que ao fazer perguntas complexas, a pessoa necessita de tempo para refletir sobre elas (McEwen & Harris, 2010). Admitindo que o silêncio é portador de sentido, a utilização desta estratégia não tem um tempo definido, pois o seu tempo de utilização será sempre adequado à individualidade de cada pessoa e interação (Wittenberg-Lyles, et al., 2012).

Relativamente à presença, Goldsmith, et al., (2012) alegam que uma presença consciente ou *mindful presence* implica que o enfermeiro se encontre ativamente envolvido no momento presente, sensível ao contexto, sem julgamento e com uma atitude empática. Para este efeito, os mesmos autores defendem que o enfermeiro deve parar outras atividades, escutar, clarificar o que é dito e validar os sentimentos emergentes. A presença é enfatizada diante uma interação de natureza existencial, pois não tendo respostas, o enfermeiro pode estar lá, focar-se, não abandonar, mas acima de tudo ter a coragem de estar presente (Strang, et al., 2014). Através da sua

presença, o enfermeiro pode ajudar a pessoa/família a aliviar o sofrimento, mas para isso, é importante que desenvolva o seu autoconhecimento sobre a perda, o processo de morrer e a morte, examinando experiências pessoais que o ajudem a compreender os seus medos sobre estas questões (Perrin, 2010).

No que concerne à comunicação para-verbal ou paralinguagem, esta “refere-se a qualquer som produzido pelo aparelho fonador e utilizado no processo de comunicação, ou seja, o modo como falamos” (Silva & Araújo, 2012, p. 77). Ao referir-se aos atributos que “vestem” as palavras, na comunicação para-verbal revela-se importante não o que é dito, mas sim o modo como é dito (McEwen & Harris, 2010). Querido, et al., (2016) classificam a comunicação para-verbal nas seguintes estratégias: tom da voz, ritmo do discurso e segregados vocais. O tom de voz do enfermeiro pode ter um impacto na forma como a mensagem é recebida, apesar de tentar ser neutro (McEwen & Harris, 2010). Nesta lógica, determinada entoação da voz pode dar ênfase ou conferir um sentido diferente do pretendido. Tomando como exemplo uma interação que decorra num tom de voz monocórdico, dificilmente é transmitida segurança e interesse pela pessoa, e isso vai perturbar um clima de confiança e empatia (Querido, et al., 2016).

O ritmo do discurso é outra estratégia de comunicação para-verbal que pode enfatizar o sentido das palavras. Um ritmo do discurso demasiado rápido comunica nervosismo ou indica que o enfermeiro não tem tempo para despender junto da pessoa/família, podendo ser interpretado como uma falta de respeito (McEwen & Harris, 2010). Por conseguinte, revela-se importante manter o ritmo do discurso com um débito nem demasiado rápido nem demasiado lento, mas adaptado às necessidades físicas e psicológicas da comunicação (Phaneuf, 2005). Os segregados vocais correspondem aos fatores rítmicos que contribuem para o fluxo da fala, e incluem as pausas e interjeições vocais como: *hum, hum* ou *ah, ah*. Estas servem de incentivo para que a pessoa continue a falar e para mostrar interesse e compreensão pelo que é dito. Se estas expressões forem acompanhadas pelo aceno afirmativo da cabeça, reforçam ainda mais a ideia de que se pretende clarificar o que a pessoa está a dizer e a sentir (Querido, et al., 2016).

Perante a exposição das competências básicas e estratégias de comunicação verbal, não-verbal e para-verbal, podemos verificar que a sua utilização de forma eficaz é o alicerce da intervenção de Enfermagem em cuidados paliativos, dado que

a avaliação de sintomas físicos e preocupações psicossociais, assim como as respostas ao sofrimento, perda e tristeza, e o reconhecimento de preocupações éticas ou espirituais, dependem da eficácia da comunicação (Malloy, Virani, Kelly, & Munévar, 2010). Reconhecendo então que a comunicação é o alicerce da intervenção de Enfermagem em cuidados paliativos, e perante a minha necessidade de desenvolver competências nesta área, no período de 28 de Setembro de 2015 a 12 de Fevereiro de 2016, realizei um estágio em três contextos distintos: uma equipa intra-hospitalar de suporte em cuidados paliativos; uma unidade de internamento de cuidados paliativos e um internamento médico-cirúrgico, sendo este relatório o culminar desse percurso, e cujos objectivos são:

- Analisar criticamente as atividades previstas para cada local de estágio e os resultados obtidos;
- Evidenciar as competências desenvolvidas em cada local de estágio;
- Refletir sobre a problemática da comunicação enfermeiro-pessoa com doença oncológica em situação paliativa e seus familiares;
- Analisar criticamente e com base na evidência científica o percurso realizado.

Considero que o estágio desenvolvido nos referidos contextos foi uma distinta oportunidade para desenvolver competências comuns e específicas de enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área da pessoa em situação crónica e paliativa, preconizadas pela OE (2010;2015a) e o *core curriculum* da EONS (2013), no âmbito da comunicação com a pessoa com doença oncológica em situação paliativa e seus familiares.

Estruturalmente, o relatório encontra-se dividido em dois capítulos. No primeiro capítulo é feita uma análise crítica e reflexiva, ancorada na evidência científica, das atividades realizadas em cada local de estágio e os resultados obtidos, particularizando cada local, e por isso, este capítulo divide-se em três subcapítulos. No segundo capítulo é feita uma avaliação do percurso de desenvolvimento de competências, apresentando os pontos fortes e fracos do mesmo, assim como o contributo do projeto para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados à pessoa com doença oncológica em situação paliativa e seus familiares. O relatório termina com breves conclusões e perspetiva de trabalho futuro. Com esta estrutura pretende-se que o relatório seja conciso, de fácil leitura e respeite uma sequência lógica.

1 - EXECUÇÃO DAS ATIVIDADES PREVISTAS

Na prática de Enfermagem impera o desenvolvimento de competências, razão pela qual o enfermeiro deve deter um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades, que mobilizados nos contextos da prática clínica, lhe permitam ponderar as necessidades de saúde da pessoa/família (OE, 2010). Neste entendimento, é imprescindível que o enfermeiro desenvolva um percurso de formação consistente, dinâmico e contínuo, que enfoque o desenvolvimento profissional, uma vez que, o exercício profissional dos enfermeiros não pode ser negligenciado, ou deixado invisível, nos esforços para obter qualidade em saúde (OE, 2012).

Tendo em vista a melhoria da qualidade dos cuidados no âmbito da comunicação enfermeiro-pessoa com doença oncológica em situação paliativa e seus familiares, o meu percurso de desenvolvimento de competências teve como suporte a metodologia de trabalho de projeto. Esta metodologia de trabalho primou pela sistematização, organização e reflexão dinâmicas entre a teoria e a prática. Para este efeito, a seleção dos locais de estágio teve por base não só num conhecimento prévio de cada instituição, mas também as oportunidades de aprendizagem que cada uma me poderia proporcionar.

A realização dos dois primeiros estágios decorreu em contextos com um elevado potencial de aprendizagem pessoal e profissional pois, além de serem contextos de referência na área dos cuidados paliativos, eram contextos distintos do meu quotidiano profissional. O contacto com diferentes filosofias de cuidados foi decisivo para a implementação do projeto no último local de estágio - um internamento médico-cirúrgico que enfatiza o tratamento curativo da doença oncológica. A opção pela sequência dos locais de estágio foi propositada e focou uma evolução progressiva no desenvolvimento de competências. A par do desenvolvimento de competências, pretendi contribuir para a melhoria dos cuidados prestados à pessoa com doença oncológica em situação paliativa e seus familiares, integrando saberes específicos de uma prática baseada na evidência.

Reconhecendo que uma revisão de investigação fundamenta uma prática baseada na evidência (Ribeiro, 2014), antes de integrar o primeiro local de estágio considere importante iniciar uma revisão bibliográfica, tendo sido construída posteriormente uma revisão *scoping* da literatura. Arksey & O'Malley (2005) definem

revisão *scoping* como uma revisão exploratória e sistematizada que permite mapear a evidência existente em determinada área. Admitindo que as revisões *scoping* pretendem ser abrangentes e fornecer uma visão geral da evidência existente em detrimento da melhor evidência disponível (Peters, et al., 2015), não foram realizadas recomendações para a prática, mas foi feito um mapeamento das estratégias de comunicação utilizadas na prestação de cuidados à pessoa com doença oncológica em situação paliativa e seus familiares. Além da revisão *scoping*, durante este percurso de desenvolvimento de competências foi também mobilizada a construção de documentos de orientação e de apoio à prática de Enfermagem; a observação da prática; a prestação de cuidados; a reflexão *na* e *sobre* a ação de forma individual, com os pares e os orientadores dos locais de estágio; a reflexão escrita sobre eventos significativos da aprendizagem seguindo o ciclo reflexivo de *Gibbs* (Gibbs, 1988) e a formação dos enfermeiros.

Ao longo deste capítulo apresento uma análise crítica das atividades realizadas em cada estágio, e os seus resultados, ancorando-me na evidência científica. Começo por caracterizar cada local de estágio, assim como os objetivos gerais e específicos definidos para cada um deles. Apresento também as competências comuns e específicas de enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de intervenção de Enfermagem Oncológica, que cada um me permitiu desenvolver.

1.1 - Equipa intra-hospitalar de suporte em cuidados paliativos

De dia 28 de Setembro a 8 de Novembro de 2015, integrei uma equipa intra-hospitalar de suporte em cuidados paliativos (Apêndice I). No seio desta equipa defini como objetivo geral: desenvolver competências de enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica técnicas, científicas e relacionais no âmbito da comunicação enfermeiro-pessoa com doença oncológica em situação paliativa e seus familiares. Perseguinto este objetivo, comecei por apresentar o meu projeto à enfermeira orientadora. Consultei também o regulamento, normas e procedimentos da equipa, por forma a perceber a dinâmica de articulação com os outros serviços hospitalares e com a comunidade. Realizadas estas atividades, ganhava corpo o desenvolvimento do primeiro objetivo específico:

Identificar as estratégias de comunicação utilizadas nos cuidados prestados à pessoa com doença oncológica em situação paliativa e seus familiares (em contexto domiciliar e hospitalar).

O alcance deste objetivo implicou suportar a prática clínica na investigação e no conhecimento, na área de especialidade (OE, 2010). Para este efeito, foi necessário interpretar e organizar os dados provenientes da evidência científica obtidos através da revisão bibliográfica e da revisão *scoping*¹⁴ (Apêndice II). Ao fazê-lo, pude iniciar a construção de uma *check-list* de observação da interação enfermeiro-pessoa/família que integrou as estratégias de comunicação utilizadas nos cuidados à pessoa com doença oncológica em situação paliativa e seus familiares, bem como o impacto das mesmas. A *check-list* permitiu sistematizar estratégias de comunicação verbal, não-verbal e para-verbal e orientar a observação da prática prevenindo “a dispersão ou avidez do observador, redirecionando-o para o objetivo da observação” (Correia, 2009, p. 32). Permitiu ainda orientar a minha própria prática e suportar a construção de diferentes reflexões sobre a mesma (analisando os registos efetuados). Consciente que a *check-list* não esgotou o domínio da temática destaco que, a sua utilização revelou-se um instrumento dinâmico de ação e reflexão sobre a prática.

O *terminus* da sua construção ocorreu no local de estágio subsequente, pois se por um lado considerei pertinente que as orientadoras e os pares de ambos os locais contribuíssem para a sua discussão e validação, por outro, de acordo com o observado, e em conformidade com a evidência científica, houve necessidade de aferir os comportamentos objetiváveis associados a cada uma das estratégias e seus resultados na pessoa/família.

Aferidos todos os conteúdos, a *check-list* “final” ficou dividida em quatro grupos (Apêndice III). Três grupos representam as estratégias de comunicação verbal, não-verbal e para-verbal, e o quarto grupo, designado por impacto na pessoa/família, representa os resultados sensíveis aos cuidados de Enfermagem, dado que a avaliação de resultados na pessoa/família é uma importante fonte de evidências sobre a eficácia dos cuidados de Enfermagem (Doran, 2011). Identificadas as estratégias

¹⁴ O procedimento metodológico utilizado para a construção da revisão *scoping* foi o proposto no Manual de Revisões *Scoping* do Joanna Briggs Institute (Peters, et al., 2015). A revisão teve como questão de investigação: *Quais as estratégias de comunicação utilizadas pelos enfermeiros na prestação de cuidados à pessoa com doença oncológica em situação paliativa e seus familiares?*

de comunicação utilizadas na interação enfermeiro-pessoa/família, fez-me sentido definir um segundo objetivo específico:

Analisar as estratégias de comunicação utilizadas nas interações enfermeiro-pessoa/família e seus resultados, assim como as barreiras a uma comunicação eficaz.

Ao analisar as interações enfermeiro-pessoa/família percebi que o enfermeiro se encontra numa “situação privilegiada para uma atuação ética face à vida fragilizada” (Martins, 2004, p. 230), e que isso implica suportar a decisão em princípios, valores e normas deontológicas (OE, 2010). O desenvolvimento desta competência foi transversal em todos os locais de estágio e teve por base uma reflexão sobre o agir, reportada a valores e aspetos culturais que apelaram a uma intervenção que respeitou a pessoa/família, dado que, “no âmbito do exercício profissional, o enfermeiro distingue-se pela formação e experiência que lhe permite compreender e respeitar os outros numa perspectiva multicultural, num quadro onde procura abster-se de juízos de valor relativamente à pessoa cliente dos cuidados de enfermagem” (OE, 2012, p.10).

De facto, foram inúmeras as interações em que me deparei com conceitos ambivalentes de bom/mau, justo/injusto, certo/errado, em que a comunicação enfermeiro-pessoa/família foi pautada por valores e normas deontológicas condutoras de boas práticas, pois com rigor, cuidar de uma pessoa numa fase avançada da doença é complexo, e ao mesmo tempo, uma arte, não podendo em circunstância alguma distanciar-se do direito à verdade, à informação, ao respeito pelos princípios éticos e à diminuição do sofrimento (Alvarenga, 2012). Saliento ainda que durante as interações, independentemente do contexto da prática onde ocorreram (domiciliar ou hospitalar), foi salvaguardado o dever de sigilo preconizado no artigo 85.º da Deontologia Profissional de Enfermagem (OE, 2015b). Reconhecendo que é pelo direito à confidencialidade que se salvaguarda o dever de sigilo, foi considerada confidencial toda a informação acerca da pessoa destinatária de cuidados e da família; a partilha de informação pertinente existiu apenas com aqueles que estão implicados no plano terapêutico e o anonimato da pessoa/família foi assegurado (OE, 2015b). Por conseguinte, a confidencialidade da informação do planeamento, intervenção e avaliação dos resultados, essencial para a garantia da segurança e da continuidade dos cuidados, teve o seu fundamento ético.

Subjacente a um exercício profissional e ético, a intervenção do enfermeiro foi marcada pela interdisciplinaridade, ou seja, pela “definição e assunção de objetivos comuns, orientadores das atuações, entre os profissionais da equipa de prestação de cuidados” (Lei n.º 52/2012 de 5 de Setembro, 2012, p. 5119). A eficácia deste trabalho em interdisciplinaridade teve por base a reorganização e a integração dos conhecimentos de cada profissional, em cada momento, segundo as necessidades das situações, tendo como diretivas a qualidade de vida e o conforto da pessoa e o apoio dos familiares e/ou cuidadores (Bernardo, Rosado, & Salazar, 2016).

Neste âmbito, foi notório o papel de cooperação que o enfermeiro desenvolveu com os outros membros da equipa, uma vez que, sustentado numa comunicação eficaz, tornou-se um canal de transmissão das principais informações, avaliações críticas e definição de objetivos da pessoa/família que se encontra em situação paliativa (Krammer, Martinez, Ring-Hurn, & Williams, 2010). Na verdade, uma única especialidade profissional que atue de forma fragmentada não possui todas as competências necessárias para satisfazer as necessidades físicas, psicológicas, sociais, espirituais ou outras que a pessoa/família identifiquem como tal. Esta perspetiva sugere que “a pessoa, alvo dos cuidados, não é propriedade de nenhum profissional, é um ser com plenitude de direitos que espera dos serviços de saúde e dos profissionais rapidez e efetividade no tratamento e nos cuidados, pelo que a articulação e complementaridade funcional se revelam condições imprescindíveis” (OE, 2015b, p. 105). No que diz respeito ao contexto domiciliário, em parceria com a enfermeira orientadora, pude interceder como elo de ligação entre a pessoa com doença oncológica em situação paliativa, o seu cuidador informal¹⁵ e os restantes profissionais da equipa. Como tal, competi-me envolver os cuidadores informais para otimizar resultados na satisfação das necessidades da pessoa (OE, 2015a), uma das competências que pude desenvolver, e que foi motivo de reflexão perante uma situação da prática (Apêndice IV).

A análise desta situação demonstra que cuidar de uma pessoa em situação paliativa em contexto domiciliário constitui um desafio para os cuidadores informais, pois o confronto com situações que não estão habituados a lidar exige um esforço

¹⁵ O cuidador informal é geralmente um amigo ou familiar, que ajuda de forma não remunerada a pessoa nos seus cuidados físicos e gestão da doença (Leow & Chan, 2011). Importa referir que o cuidador informal pode e deve ser parceiro na prestação de cuidados, pois conhece melhor a pessoa, as suas necessidades, peculiaridades, os seus desejos e angústias (Matsumoto, 2012).

suplementar para responder de forma inesperada ao que possa surgir (Guarda, Galvão, & Gonçalves, 2010). A este desafio acresce o facto de geralmente os cuidadores informais serem pessoas sem formação, experiência ou preparação para realizar esta tarefa extremamente exigente (Joad, Mayamol, & Chaturvedi, 2011).

Com o intuito de atenuar a exigência desta tarefa, através de uma comunicação eficaz, foi possível identificar e satisfazer as necessidades de conforto apresentadas quer pela pessoa, quer pelo seu cuidador informal. Kolcaba (2003) enfatiza esta intervenção quando refere que, a avaliação das necessidades de conforto da pessoa/família implica que o enfermeiro direcione a interação para a satisfação dessas necessidades. Para este efeito, a escuta ativa, uma competência básica de comunicação em cuidados paliativos (Querido, et al., 2016), assumiu um papel preponderante durante a interação. Escutar ativamente implicou uma concentração total na compreensão, tanto do conteúdo da mensagem, como das emoções e sentimentos subjacentes à mesma (Phaneuf, 2005). A utilização desta competência foi primordial na avaliação da saúde física e mental do cuidador informal, pois o comprometimento da mesma vai limitar a prestação dos melhores cuidados à pessoa (Leow & Chan, 2011). Como tal, escutar não constituiu uma atitude de passividade enquanto o cuidador informal verbalizava as suas dúvidas, receios e preocupações, uma vez que, em simultâneo estavam a ser mobilizadas estratégias de comunicação não-verbal como a expressão facial, o contacto visual, o silêncio e a postura corporal, manifestando interesse e atenção pelo que era dito.

Contudo, a operacionalização desta competência básica de comunicação não demandou apenas a utilização de estratégias de comunicação não-verbal, pois com o intuito de clarificar o que foi dito, pediu-se à pessoa para repetir o seu discurso, validando os seus sentimentos e emoções ou fazendo perguntas-abertas relevantes. No que diz respeito à utilização de estratégias de comunicação para-verbal, em que era modificado o tom da voz ou emitidos segregados vocais que incentivavam ao prosseguimento do discurso, estas permitiram demonstrar que naquele momento o cuidador informal era o centro da nossa atenção pois “escutar alguém implica, de certa forma, uma abdicação de si” (Carvalho & Merighi, 2006, p. 323). Seguindo esta linha de pensamento, pude verificar que escutar ativamente integrou estratégias de comunicação verbal, não-verbal e para-verbal, que contribuíram para que o cuidador informal falasse sobre as suas prioridades, os seus desejos, preocupações e

necessidades. Esta ideia é corroborada por Guarda, et al., (2010), quando referem que os enfermeiros têm uma oportunidade única de incentivar os cuidadores informais a verbalizarem as suas dúvidas ou receios do cuidar. Não obstante, pude constatar durante a interação que, pela proximidade relacional com o enfermeiro, o cuidador informal entendia estar na sua mão, e na da restante equipa de uma forma geral, a melhor de todas as decisões. Esta submissão ao poder e conhecimento clínicos sugere que não é habitual o sentimento de que a pessoa é um ator principal no processo de tomada de decisão sobre os seus tratamentos e o que é decidido sobre si (Alvarenga, 2012). Ressalvo no entanto, que a equipa “combateu” esta atitude paternalista estimulando a uma participação ativa da pessoa/família nas decisões a serem tomadas, tendo presente as crenças, valores, significados e experiências que constituem o seu património cultural. Segundo Malloy, et al., (2010), em cuidados paliativos, um património cultural diferente do que domina o contexto de cuidados, pode apresentar-se como uma barreira à comunicação. De facto, cada pessoa/família apresenta o seu modo peculiar de estar perante as perdas, a incapacidade, o sofrimento, a vida e a morte, que pode ser desconhecido pelo enfermeiro que possui a sua própria bagagem cultural, o que vai implicar o desenvolvimento de uma comunicação culturalmente sensível (EONS, 2013). No sentido de demonstrar o desenvolvimento desta competência, realizei uma reflexão sobre uma situação da prática (Apêndice V).

A interação ocorreu junto de um familiar de uma pessoa que se encontrava em fase terminal, e foi ao encontro da perspetiva de Kolcaba (2003) quando refere que o enfermeiro deve aproximar cada pessoa ou membro da família com a intenção de confortar e fazer uma conexão pessoal e culturalmente relevante. A análise da interação revela que a utilização de estratégias de comunicação verbal, não-verbal e para-verbal facilitaram uma compreensão individualizada do património cultural da pessoa/família. Face ao desconhecimento do mesmo, foi imprescindível iniciar a interação com perguntas-abertas. Em virtude da amplitude de resposta oferecida, foi desenvolvido um plano terapêutico de acordo com as expectativas culturais da pessoa/família, visto que em cuidados paliativos a cultura representa um quadro de expectativas na comunicação que inclui o papel da família e a sua influência na tomada de decisão a respeito de questões de saúde e o processo de morrer (Sherman, 2010).

A consciencialização da comunicação não-verbal também concorreu para a eficácia da interação pois, diante uma pessoa/família com valores e práticas marcadas pela diferença cultural, o contacto visual, a gestão da distância e o toque, poderão ter que ser aferidos para que o enfermeiro não corra o risco de tomar atitudes que venham a ser mal interpretadas (Querido, et al., 2016). Relativamente à comunicação para-verbal evidencio o tom da voz. Perante o processo de tomada de decisão foi utilizado um tom de voz calmo e seguro, dado que um tom de voz elevado poderia sugerir imposição. Na verdade, o tom da voz pode traduzir as nossas reações e emoções (McEwen & Harris, 2010), razão pela qual, esta estratégia de comunicação foi utilizada com especial acuidade. Aliado à utilização das referidas estratégias, foi primordial escutar ativamente com o intuito de conhecer de forma individual a pessoa/família. A utilização desta competência básica de comunicação possibilitou a aceitação da diferença, pois num contexto cultural diferente do nosso, podem existir diferentes maneiras de ser, sofrimentos que nos transtornam e valores que são difíceis de acolher, mas o nosso papel não nos exige julgar as pessoas e aprová-las, mas simplesmente escutá-las (Phaneuf, 2005).

Ao desenvolver uma comunicação culturalmente sensível (EONS, 2013), reconheci que não é possível deter a compreensão das várias culturas e, por isso, não devemos generalizar, supor ou criar estereótipos apenas com uma noção geral de determinada cultura. Nesta ótica, ficou patente a ideia que a utilização de estratégias de comunicação de forma eficaz contribui para a familiaridade com a herança e as tradições culturais de uma pessoa/família. Considero por isso, que o desenvolvimento de uma comunicação culturalmente sensível proporcionou conforto, quando privilegiei o ajuste da minha cultura e a da instituição em que estava inserida, ao contexto sociocultural da pessoa/família (Kolcaba, 2003).

No âmbito deste objetivo específico, remeto-me ainda à transmissão e gestão de “más notícias”. As “más notícias” são informações que alteram drástica e desagradavelmente a opinião que a pessoa tem do seu futuro (Twycross, 2003). São comuns durante a trajetória da doença e podem incluir a comunicação do diagnóstico; complicações dos tratamentos; deterioração clínica; recidiva e insucesso terapêutico; mudança do tratamento curativo para paliativo (Querido, et al., 2016), entre outros aspetos. De acordo com Kaplan (2010), a interação que integra “más notícias” é habitualmente difícil e desconfortável para os profissionais de saúde que nela

participam pois, muitas vezes, têm pouca preparação e experiência para apoiar a pessoa/família de forma construtiva e empática. Nesta ótica, Barbosa (2016b) acrescenta que a transmissão de más notícias não é habitualmente uma tarefa fácil, mesmo com uma prolongada e refletida experiência profissional, porque o impacto emocional é intenso, mas pode ser atenuado ou aumentado em função da forma como se interage, comunica e informa. O mesmo autor afirma que a maioria dos doentes quer saber o que se passa na realidade e que o processo de transmissão, se devidamente conduzido, pode enlaçar a relação profissional de saúde-doente, prestando apoio emocional, reforçando os laços de colaboração e a capacidade adaptativa à situação, por forma a resolver problemas atempadamente e planear o futuro e a vida em função de objetivos realistas.

Buckman (2001) refere que a "maldade" de comunicar uma "má notícia" é a divergência entre as expectativas de futuro da pessoa e a realidade clínica. O mesmo autor propõe um protocolo – *SPIKES*¹⁶ para a transmissão de "más notícias" que consiste essencialmente na avaliação das expectativas da pessoa, antes da partilha de informação. Na ótica de Malloy, et al., (2010) é extensa a literatura sobre a transmissão de "más notícias" pelos clínicos, todavia, pouco ênfase tem sido colocado na importância vital da comunicação enfermeiro-pessoa/família na gestão destas notícias. Perante esta ideia, Silva (2012) alega que, após a transmissão da "má notícia" podemos tornar o momento de gestão da mesma (que na maioria das vezes não é um momento, mas um processo gradativo) mais suportável e acolhedor, se possuímos competências de comunicação. Dado que a funcionalidade deste protocolo não se reduz à transmissão de informação (Buckman, 2001), por forma a operacionalizá-lo, analisei uma situação da prática que enfoca a gestão de "más notícias" (Apêndice VI). Em traços gerais, a análise da interação seguiu os seis passos preconizados no protocolo *SPIKES*. Cada um destes passos foi suportado em estratégias de comunicação como as perguntas-abertas, clarificação, validação, resumo, contacto visual, postura corporal, silêncio, proxémica, entre outras, que ajudaram a gerir a angústia e a incerteza resultantes da transmissão de uma "má

¹⁶ A letra S (Setting) integra o contexto físico ou ambiente onde ocorre a interação; P (Perception) indica que deve ser contemplada a percepção que a pessoa tem sobre a situação; I (Invitation) pretende que o profissional obtenha um "convite claro" para compartilhar a notícia; K (Knowledge) significa conhecimento, e neste passo devem ser explicados os factos médicos; a letra E (Emotions) refere-se à exploração de emoções e resposta empática e o S (Summary) permite um resumo dos principais pontos abordados na interação (Buckman, 2001).

notícia”. Ao analisar a interação, pude verificar que, pela relação de confiança estabelecida e pela sua presença constante, o enfermeiro é muitas vezes o profissional que ajuda a pessoa a interpretar as más notícias e a escutar as respostas emocionais a tais informações (Malloy, et al., 2010). Neste entendimento, gerir uma “má notícia” implicou verificar a capacidade da pessoa para lidar com a informação que recebeu e, em função disso, demonstrar empatia, reconhecer e validar os seus sentimentos, explorar a sua compreensão e aceitação da informação, e oferecer possíveis intervenções (Kaplan, 2010). Por conseguinte, a intervenção de Enfermagem na gestão da “má notícia” permitiu que através de um diálogo construtivo baseado na aceitação e confiança, a pessoa tomasse consciência do seu problema e das suas dificuldades, e atingisse um estado de conforto ao nível da transcendência (Kolcaba, 2003). Neste local de estágio, foi amplo o espectro de conhecimentos adquiridos, determinantes para a continuidade do meu desenvolvimento de competências de comunicação.

1.2 - Unidade de internamento de cuidados paliativos

De dia 9 de Novembro a 20 de Dezembro de 2015, integrei uma unidade de internamento de cuidados paliativos (Apêndice VII). Alinhada com o que preconiza a Lei de Bases dos Cuidados Paliativos a unidade “é um serviço específico de tratamento de doentes que necessitam de cuidados paliativos diferenciados e multidisciplinares, nomeadamente em situação clínica aguda complexa” (Lei n.º 52/2012 de 5 de Setembro, 2012, p. 5122). À semelhança do primeiro local de estágio, tive como objetivo geral: desenvolver competências de enfermeiro especialista técnicas, científicas e relacionais no âmbito da comunicação enfermeiro-pessoa com doença oncológica em situação paliativa e seus familiares.

Ao integrar a unidade, comecei por consultar as normas e procedimentos referentes ao funcionamento da mesma, e observar a articulação da equipa com outros serviços hospitalares e a comunidade. Dado o carácter multifacetado da unidade, por forma a inteirar-me da dinâmica de intervenção de Enfermagem, colaborei com a enfermeira orientadora na prestação de cuidados. Ao fazê-lo, pude observar de forma participativa que estratégias de comunicação utilizava, ganhando corpo o desenvolvimento do seguinte objetivo específico:

Identificar as estratégias de comunicação utilizadas nos cuidados prestados à pessoa com doença oncológica em situação paliativa e seus familiares.

Por forma a dar cumprimento a este objetivo, solicitei o consentimento informado¹⁷ às pessoas que se encontravam em situação paliativa e seus familiares e, uma vez mais, após cada interação registei na *check-list* de observação que estratégias de comunicação a enfermeira orientadora utilizava, e qual o seu impacto junto da pessoa/família. Pela análise dos registos pude verificar que a utilização de estratégias de comunicação permitiu reduzir a incerteza, apoiar e confortar a pessoa e sua família (Wittenberg-Lyles, et al., 2012). Para este efeito, revelou-se primordial a promoção de parcerias terapêuticas com a pessoa/família (OE, 2015a), firmadas no respeito pela mesma, pois com rigor “o respeito pela pessoa significa, principalmente, reconhecer e promover a sua capacidade para pensar, decidir e agir. Ao ser-lhe reconhecida esta capacidade, a pessoa está a ser considerada um ser autónomo e independente, portador de crenças e valores que devem ser respeitados” (OE, 2015b, p. 234). De referir que a promoção de parcerias terapêuticas foi também assente na empatia, pois esta “não só aumenta a possibilidade de compreender exatamente os pensamentos e sentimentos imediatos da outra pessoa, mas também contribui para liberá-la, permitir-lhe mudar a sua maneira de perceber ou formular a sua experiência, examinar outras possibilidades e descobrir em sua experiência uma significação nova, mais profunda, mais integrada e válida no plano pessoal” (Salomé, 1995, p. 170).

Materializado um ambiente empático e de parceria terapêutica, pude promover intervenções junto da pessoa com doença crónica incapacitante e terminal e seus familiares (OE, 2015a) e otimizar o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão (OE, 2010). Segundo a OE (2012, p. 12) “a tomada de decisão do enfermeiro que orienta o exercício profissional autónomo implica uma abordagem sistémica e sistemática, de forma a evitar riscos, detetar precocemente problemas potenciais e resolver ou minimizar os problemas reais identificados”. Perseguindo esta abordagem, interessei-me por compreender o conceito de tomada de decisão em cuidados paliativos. Na perspetiva de Samara, Larkin, Chan, & Lopez (2013), a tomada de

¹⁷ O consentimento informado pode ser definido como “a autorização que a pessoa dá para que lhe sejam prestados os cuidados propostos, após lhe ter sido explicado e a pessoa ter compreendido o que se pretende fazer, como, porquê e qual o resultado esperado da intervenção de Enfermagem” (OE, 2015b, p. 227).

decisão em cuidados paliativos é um processo de comunicação contínuo que confere à pessoa/família uma oportunidade para considerar, discutir e planejar os cuidados com a equipa, com a intenção de aliviar potenciais problemas e preocupações.

Este processo de comunicação permite dissipar a sensação de impotência, desamparo e desesperança, uma vez que, envolve ativamente todos os intervenientes no planeamento dos cuidados. Durante as interações, pude entender que o processo de tomada de decisão teve subjacente o significado e a consequência das decisões para a pessoa/família, bem como a ponderação dos prós e contras dos factos, o seu valor ou prioridade, e os níveis de incerteza percebidos (Bach & Grant, 2009). Com o intuito de sedimentar esta temática, e tendo como suporte a teoria de conforto de Kolcaba (2003), foi feita a análise de uma situação da prática que demonstra a utilização das estratégias de comunicação perante a tomada de decisão (Apêndice VIII). A análise desta situação demonstra de que forma estratégias de comunicação como a negociação, clarificação, validação, postura corporal, contacto visual, presença, tom de voz, entre outras, permitiram integrar a pessoa/família no processo de tomada de decisão sobre diferentes aspetos da sua vida.

Remeto-me por exemplo, ao controlo de sintomas, uma temática complexa de comunicação (Querido, et al., 2016), que marcou o quotidiano dos cuidados. Costa & Antunes (2012) referem que embora a prática de cuidados paliativos não se esgote no controlo efetivo dos sintomas, não é possível intervir nas restantes áreas se os sintomas não estiverem suficientemente controlados. Partindo desta compreensão, os analgésicos mais poderosos são de pouco valor se não existir uma comunicação eficaz que facilite a compreensão e avaliação precisas da dor e outros sintomas, dado que, sistematicamente, a comunicação é uma parte central do tratamento e ocasionalmente, é o seu único constituinte, e como tal, implica maior reflexão e planeamento que uma prescrição de medicamentos (Buckman, 2001).

Entendi por isso, que não seria possível controlar sintomas sem antes estabelecer uma comunicação eficaz com a pessoa/família, razão pela qual, os cuidados prestados foram muito além do alívio da dor ou outros desconfortos físicos, tendo sido decisiva a utilização de estratégias de comunicação que permitiram atingir um estado de conforto ao nível de transcendência, cujo aumento do autoconhecimento, autodeterminação e autocontrolo, permitiram retribuir o sentimento de que a pessoa conseguia participar nos seus cuidados, resolver os seus

problemas e controlar parte da sua vida (Kolcaba, 2003). Efetivamente, a eficácia da comunicação permitiu preparar e ajudar a pessoa/família nas suas escolhas, e neste contexto, evidencio a negociação enquanto estratégia de comunicação verbal. Negociar diferentes possibilidades de escolha envolveu ativamente a pessoa/família como parceira na avaliação, planeamento, execução e avaliação de cuidados holísticos¹⁸, tendo sido vital o respeito pelo princípio da autonomia. O respeito por este princípio ético significou o reconhecimento de que a pessoa é um fim em si mesma, livre e autónoma, capaz de se autogovernar, de decidir por si mesma, e é por isso que a informação antecede as decisões, para que possam ser livres e esclarecidas, e para que, subsequentemente, se devam respeitar essas mesmas decisões (OE, 2015b).

Inerente ao respeito pelas decisões da pessoa/família, pude verificar que a identificação e a defesa sistemática dos objetivos da intervenção, e das prioridades a alcançar, conduziam por vezes à necessidade de consensualização da perspetiva pessoa-família-equipa sobre os cuidados. Nesta ótica, quando as decisões a tomar em cuidados paliativos são difíceis, a pessoa tende a sentir-se pressionada ou intimidada pela equipa de cuidados, assumindo as conferências familiares um papel de destaque nessas situações (Joshi, 2013). Segundo Fernandes (2016, p. 660), a conferência familiar¹⁹ “é uma importante forma estruturada de intervenção na família em cuidados paliativos. Não serve apenas para transmitir informação, tem como objetivos promover a adaptação emocional à perda e ao processo de doença e de luto. Promove a comunicação entre a equipa e a família e entre os vários elementos da família”. Além disso, enquanto momento de partilha de informação e clarificação das decisões a tomar, as conferências familiares permitem que, em parceria, a pessoa, família e a equipa de cuidados elaborem e hierarquizem problemas, discutam diferentes opções de resolução das situações e sumariem consensos, decisões e planos (Guarda, et al., 2010). Segundo Joshi (2013) as conferências familiares são uma parte integrante dos cuidados hospitalares, mas ao contrário do que é

¹⁸ O termo “holismo” tem origem numa palavra grega que significa todo ou inteiro. Este conceito sugere que um determinado sistema não pode ser explicado somente pelos seus componentes, e que o sistema como um todo determina como se comportam os diferentes componentes. Por conseguinte, o holismo encara a pessoa como tendo aspetos físicos, sociais, psicológicos e espirituais, todos eles estreitamente interligados (National Cancer Action Team, 2012).

¹⁹ São várias e multifacetadas as temáticas discutidas durante uma conferência familiar: a gestão de conflitos; a transmissão de “más notícias”; o prognóstico; a capacitação dos cuidadores informais para a prestação de cuidados; a adaptação às perdas provocadas pela doença; a discussão de cuidados e tratamentos em fim de vida; entre outras (Guarda, et al., 2010).

preconizado, muitas vezes acontecem no momento da alta ou em momentos críticos de tomada de decisão. Esta perspetiva contraria a realidade da unidade, uma vez que, periodicamente, dependendo das necessidades apresentadas pela pessoa/família ou das necessidades que surjam no seio da equipa, são realizadas conferências familiares. Por conseguinte, existe um local específico para a sua realização, que se assemelha a uma confortável sala-de-estar. Pintado com cores neutras e provido de luz natural, este local confere um ambiente privado e tranquilo, favorável para a interação. Os sofás encontram-se dispostos de forma circular e não existem obstáculos que interfiram no fluxo da comunicação. Sendo a conferência familiar uma prática comum da unidade, defini um outro objetivo específico:

Analisar as estratégias de comunicação utilizadas pelos enfermeiros²⁰ durante uma conferência familiar.

A conferência familiar na qual participei, não foi direcionada a uma pessoa com doença oncológica em situação paliativa e seus familiares, mas tendo em conta a analogia das temáticas discutidas, considero que a interação foi da inteira pertinência para reflexão (Apêndice IX). Reconhecendo que as conferências familiares representam uma ferramenta potencialmente poderosa para facilitar a comunicação entre os profissionais de saúde, a pessoa e a família (Hannon, O'Reilly, Bennett, Breen, & Lawlor, 2012), interessa referir que esta conferência familiar foi solicitada por familiares. Saliento a importância desta solicitação, uma vez que, “a família quer e merece reconhecimento e um dos papéis da equipa é potenciar este valor, esta vontade, e trabalhar para reconhecer e para que haja reconhecimento da família” (Reigada, Pais-Ribeiro, Novellas, & Pereira, 2014, p. 36). No que concerne à interação propriamente dita, esta teve início com o resumo dos aspetos-chave a discutir que incluíram a condição clínica atual, sem uso de termos médicos, focando questões importantes para a pessoa/família como a funcionalidade, a qualidade e o tempo (Weissman, Quill, & Arnold, 2010). A integração destas questões durante a interação foi de grande interesse e aprendizagem, pois tal como refere Joshi (2013), as conferências familiares devem ser realizadas de forma proactiva, e devem incluir não só os factos médicos, mas também a perspetiva da pessoa/família sobre a doença e o desenvolvimento de um plano de cuidados. Nesta linha de pensamento, destaco a

²⁰ Embora o objetivo foque o enfermeiro, fez-me sentido referir-me a todos os profissionais de saúde que participaram na conferência, pois dada a sua coesão e interdisciplinaridade, seria redutor focar apenas a intervenção do enfermeiro neste âmbito.

questão do tempo de vida colocada pelos familiares, pois entendi que com a mesma pretendiam uma resposta com um número absoluto, algo que não nos competia predizer. Além disso, de acordo com Levin (2015), uma informação prognóstica deve oferecer esperança, aspeto que um número absoluto não pode oferecer, pois corremos o risco que uma previsão numérica possa ser interpretada literalmente. Partindo desta ideia, as estratégias de comunicação utilizadas durante a interação promoveram uma “comunicação honesta, a esperança realista, assim como o ajuste de expectativas” (OE, 2015a, p. 9968). Faz ainda sentido, vincar o papel da comunicação não-verbal durante a interação, pois esta permitiu complementar e reforçar a mensagem dita (Querido, et al., 2016). A postura corporal adotada pelos profissionais foi vital. O facto de, em disposição circular nos sentarmos lado a lado com os familiares, virarmos o corpo e a cara na sua direção sem membros superiores e inferiores cruzados, indicou uma atitude de atenção, abertura e envolvimento perante o que estava a ser dito. Existiram também vários momentos de silêncio, e na realidade, a utilização do silêncio conferiu tempo e espaço para que os familiares ficassem mais propensos a tomar decisões que visavam os seus objetivos. Foi igualmente importante observar e interpretar os sinais não-verbais dos mesmos, pois estes possibilitaram a identificação do seu estado emocional, ajudando os profissionais a perceberem “até onde poderiam ir” durante a interação.

A conferência familiar não é uma prática comum nos serviços onde exerci e exerço funções atualmente, e por isso, revelou-se de grande interesse a participação nesta conferência familiar. Este interesse prende-se com o facto de ter percebido que a mesma fomentou e viabilizou uma tomada de decisão holística relativamente aos cuidados que iriam ser prestados, dado que, o conhecimento clínico e a eficácia da comunicação estiveram alinhados com os objetivos, preferências e prioridades da pessoa/família. Percebi a importância de escutar ativamente os familiares, procurando transmitir a verdade possível, numa base de honestidade, de modo a responder apenas ao que queriam saber e que estavam preparados para saber. Neste âmbito, partilho da perspetiva de Hannon, et al., (2012) quando referem que para cuidarmos holisticamente da pessoa, e cumprir a verdadeira definição de cuidados paliativos, revela-se fundamental o envolvimento contínuo da família e a avaliação das suas necessidades pois “é na família, não importa que tipo seja, que as pessoas crescem; nutrem-se física, psicológica e socialmente; ganham um sentido de si e de coletividade

enquanto uma unidade cultural familiar; cultivam crenças e valores acerca da vida e progridem ao longo do ciclo vital, até à sua terminalidade” (Martins, Fernandes, & Gonçalves, 2012, p. 686). Reconhecendo que a eficácia da comunicação depende da flexibilidade pessoal e profissional do enfermeiro na utilização de estratégias de comunicação adequadas a cada circunstância (Silva, 2012), entendi que fazia sentido o desenvolvimento de um outro objectivo específico:

Identificar os recursos e limites pessoais e profissionais no âmbito da comunicação com a pessoa com doença oncológica em situação paliativa e seus familiares.

O desenvolvimento deste objetivo foi alicerçado numa atitude pessoal e profissional reflexiva. Esta atitude é um atributo desejável para o profissional de saúde de hoje, pois a reflexão permite gerar aprendizagens que mudam comportamentos, perspetivas e práticas (Mazhindu, 2009). Benner (2001) refere que cada enfermeiro tem a sua própria história de vida, o seu percurso intelectual e a sua vontade de aprender quando está perante uma situação clínica peculiar. Desde o início da minha vida profissional, sempre manifestei especial interesse pela prestação de cuidados à pessoa com doença oncológica em situação paliativa e seus familiares. Este interesse exigia um esforço acrescido da minha parte quando tentava através da comunicação aliviar o sofrimento da pessoa/família motivado pelas alterações decorrentes da doença oncológica. De facto, aperceber-me das minhas dificuldades e limitações nesta área, foi a primeira etapa para iniciar uma mudança que impulsionou ao desenvolvimento de competências de comunicação.

Neste entendimento, reconheço que o meu desenvolvimento de competências de comunicação exigiu uma consciencialização da forma como comunicava, especialmente de forma não-verbal. Esta consciencialização foi sem dúvida fruto do meu desenvolvimento pessoal e autoconhecimento, aspetos centrais na prática de Enfermagem (OE, 2010). Segundo Araújo (2011), o autoconhecimento influencia a capacidade de perceção da emissão de sinais não-verbais. A partir dele, é possível fazer com que esta emissão funcione em benefício próprio, pois a consciência de determinados sentimentos e atitudes ajuda a compreender as situações e os modos de agir, reagir, intervir e comunicar de maneira coerente. A mesma autora refere que é possível ampliar a consciência das próprias atitudes, observando o impacto da manifestação verbal e não-verbal no outro, um processo que exige uma prática

frequente e disponibilidade psíquica. Nesta lógica, se por um lado o desenvolvimento do autoconhecimento foi importante para a eficácia e qualidade das interações com a pessoa/família, por outro, foi através do mesmo que desenvolvi uma maior consciência enquanto pessoa e enfermeira (OE, 2010), uma das competências que me propus desenvolver e que veio facilitar a identificação de fatores que interferem no processo de comunicação com a pessoa/família. No âmbito deste objetivo, fez-me sentido a realização de uma reflexão que enfoca os meus recursos e limites pessoais e profissionais no âmbito da comunicação com a pessoa com doença oncológica em situação paliativa e seus familiares (Apêndice X).

Além dos aspetos relacionados com o meu desenvolvimento pessoal e autoconhecimento, esta reflexão fundamenta a intencionalidade da comunicação, pois responder com benevolência, demonstrar disponibilidade, colocar a pessoa à vontade, ser simpático, são ações que, por mais úteis e necessárias que sejam, apenas respondem a imperativos habituais de cuidados, negligenciando o apelo de ajuda feito em situações emocionalmente carregadas de sofrimento ou indecisão (Phaneuf, 2005). Importa assim, clarificar dois conceitos distintos: a empatia e a simpatia. Na ótica de Coelho & Ferreira (2015, p. 342) “as doenças sem possibilidade de cura causam, desde o diagnóstico, mal-estar, suspeitas, sintomas crescentes; o tratamento vem acompanhado de medo, vergonha, isolamento, dependência, cansaço e, às vezes, falsas esperanças”, situações que aludem a que, o enfermeiro seja empático na forma como comunica com a pessoa/família. Ser empático, compreende uma relação humana que conforta, baseada no respeito e atenção a detalhes subtis, pois por pior que seja a sua situação, a pessoa precisa sentir que ali se encontra alguém que não irá abandoná-la à sua própria sorte, em quem pode confiar e que irá cuidar de si (Araújo, 2011). De facto, a empatia, uma competência de comunicação amplamente mencionada ao longo deste relatório, nada tem a ver com simpatia, pois ser simpático, isto é, “*sofrer com*”, é uma reação corrente, que sem darmos conta, leva-nos para as nossas próprias emoções (e para a identificação com a situação), e não para as da pessoa em sofrimento, tornando ineficaz o processo de comunicação (Phaneuf, 2005). Nesta perspetiva, ficou claro que a operacionalização da empatia não fez com que me sentisse “perita” perante a situação do outro, mas ajudou-me a encarar de forma natural o facto de nem sempre ter respostas exatas, algo que antes de desenvolver competências de comunicação, receava assumir perante a

pessoa/família. Heyse-Moore (2009) afirma esta ideia quando refere que o enfermeiro deve estar preparado para responder - *eu não sei* - pois muitas vezes não existem respostas claras sobre o que vai acontecer, e na realidade, nem sempre a pessoa procura uma resposta, procura antes alguém que seja empático e que a escute, competências de comunicação que pavimentam o caminho para a modernização do paradigma de cuidados de qualidade que reflitam os objetivos e prioridades da pessoa/família (Parikh, Kirch, & Brawley, 2015). E foi focada num paradigma de cuidados de qualidade de comunicação, que integrei o próximo local de estágio.

1.3 - Internamento médico-cirúrgico

De dia 4 de Janeiro a 12 de Fevereiro de 2016, integrei o último local de estágio de implementação do projeto, o internamento médico-cirúrgico do hospital onde exercia funções. Neste contexto, tive como objetivo geral contribuir para a melhoria dos cuidados prestados no âmbito da comunicação enfermeiro-pessoa com doença oncológica em situação paliativa e seus familiares. Para este efeito, estabeleci três objetivos específicos em que o primeiro deles foi:

Envolver a equipa de Enfermagem na implementação do projeto.

Por forma a dar cumprimento a este objetivo, previamente (Dezembro de 2015), e com o intuito de solicitar a autorização para a implementação do projeto, reuni com o enfermeiro chefe do internamento e o enfermeiro diretor do hospital. Nesta reunião, realizei uma apresentação sumária do projeto que incluiu a sua pertinência, os objetivos, e de que forma planeava concretizá-los. Foram também definidas as pessoas diretamente envolvidas no projeto, pois apesar de a sua implementação envolver o espaço físico e humano de todo o internamento, os principais intervenientes foram dois profissionais, adiante designados de “enfermeiros-chave”²¹.

O enfermeiro chefe do internamento indicou ainda quem seria a enfermeira orientadora, e no início do estágio, reuni com a mesma, apresentando-lhe o projeto. Mostrou-se interessada desde logo na sua implementação, por o considerar uma mais-valia para a melhoria dos cuidados prestados no âmbito da comunicação

²¹ Determinadas características profissionais e pessoais pesaram na escolha dos enfermeiros-chave: o facto de exercerem funções a tempo inteiro no serviço; não terem férias durante o período do estágio; serem chefes de equipa e demonstrarem motivação para o desenvolvimento de competências de comunicação. À parte destas características, os enfermeiros-chave consentiram que os acompanhasse na prestação de cuidados, com a salvaguarda do seu anonimato.

enfermeiro-pessoa com doença oncológica em situação paliativa e seus familiares. É de ressaltar que a enfermeira orientadora esteve sempre disponível e atenta ao desenrolar do projeto, apoiando-me e garantindo as condições necessárias para que pudesse atingir os objetivos delineados.

Definidos os enfermeiros nucleares para a implementação do projeto, ganhava corpo a necessidade de envolver toda a equipa de Enfermagem. Como tal, na primeira semana de estágio realizei conversas informais com diferentes enfermeiros (alguns não me conheciam), tendo-lhes explicado o meu percurso académico e as principais motivações pessoais e profissionais para a implementação do projeto. Pude constatar que o envolvimento da equipa de Enfermagem permitiu identificar oportunidades de melhoria dos cuidados, e que isso responsabilizou-me por facilitar a aprendizagem em contexto de trabalho na área da especialidade (OE, 2010). O desenvolvimento destas competências foi de extrema importância, pois tal como emana a Deontologia Profissional de Enfermagem (Artigo 88.º - Da excelência do exercício), “o enfermeiro procura, em todo o acto profissional, a excelência do exercício, assumindo o dever de analisar regularmente o trabalho efectuado e reconhecer eventuais falhas que mereçam mudança de atitude” (OE, 2015b, p. 91). Segundo os mesmos autores, este dever decorre do direito da pessoa/família a cuidados de qualidade, prestados de acordo com as mais recentes aquisições dos saberes nos diversos domínios.

Envolvida a equipa de Enfermagem, fazia sentido começar a acompanhar os enfermeiros-chave na prestação de cuidados. Ao fazê-lo, pude observar as suas potencialidades/fragilidades comunicacionais durante as interações com a pessoa²². Após cada interação, registei na *check-list* de observação que *itens* referentes às estratégias de comunicação verbal, não-verbal e para-verbal contemplavam/descuravam. Pela análise dos registos, pude constatar que descuravam grande parte dos *itens* associados a cada estratégia de comunicação. Quando partilhei a análise das observações com os enfermeiros-chave, afirmaram que o seu conhecimento sobre as estratégias de comunicação tinha sido adquirido com a experiência, pois não detinham formação neste âmbito. Moore, et al., (2015), alegam que as competências de comunicação não melhoram de forma confiável com a experiência, se não existir um esforço na realização de formação. Tendo em conta

²² Durante as 6 semanas de estágio, estive internada no serviço uma pessoa com doença oncológica em situação paliativa (em fase final de vida), e foi junto da mesma que ocorreram todas as interações.

esta perspectiva, destaco um estudo quantitativo multicêntrico que pretendeu verificar a utilização de estratégias de comunicação em cuidados paliativos por parte dos profissionais de saúde (dos 303 profissionais de saúde que participaram no estudo, 127 eram enfermeiros e 89 eram auxiliares ou técnicos de Enfermagem). A maioria dos participantes (57,7%) não foi capaz de citar pelo menos uma estratégia de comunicação verbal, e apenas 15,2% mencionaram cinco estratégias não-verbais. Estes resultados evidenciaram que é “necessária a capacitação dos profissionais no que tange à comunicação em cuidados paliativos” (Araújo & Silva, 2012, p. 626).

Os resultados obtidos com a análise das observações corroboraram a evidência científica e impulsionaram ao desenvolvimento do segundo objetivo específico:

Contribuir para a capacitação dos enfermeiros no âmbito das estratégias de comunicação com a pessoa com doença oncológica em situação paliativa e seus familiares.

A prossecução deste objetivo foi suportada na investigação e no conhecimento na área da especialidade (OE, 2010), e integrou a realização de diferentes atividades, entre elas a formação dos enfermeiros. Na perspectiva de Strang, et al., (2014) à semelhança de todas as outras competências clínicas, a comunicação deve ser formalmente ensinada, e neste entendimento, na segunda semana de estágio, realizei uma sessão de formação (Apêndice XI).

A sessão de formação teve início com uma apresentação sumária do projeto, bem como os objetivos que pretendia atingir com a implementação do mesmo. De seguida, evidenciei que perante a incurabilidade da doença oncológica, a pessoa/família enfrenta situações geradoras de sofrimento, inserindo-se neste cenário a intervenção de Enfermagem no âmbito da comunicação por forma a proporcionar conforto, isto é, ajudar, suportar ou encorajar a pessoa durante o seu processo de doença (Kolcaba, 2003).

Justificada a pertinência da comunicação enquanto intervenção autónoma de Enfermagem, referi que com a implementação do projeto não só pretendia desenvolver competências de comunicação, mas também, contribuir para a capacitação da equipa de Enfermagem no âmbito das competências básicas e estratégias de comunicação, uma vez que a sua utilização é condição *sine qua non* para que possa ocorrer um cuidado multidimensional efetivo (Araújo, 2011).

No final da formação, foi importante que todos os participantes avaliassem a sua qualidade, tendo sido entregue um documento²³ para este efeito (Apêndice XII). De forma sucinta, destaco que no preenchimento deste documento todos os participantes evidenciaram a importância da adequação e aplicabilidade dos conteúdos mobilizados durante a formação. Referiram como aspeto a melhorar o local onde ocorreu a formação, o gabinete do enfermeiro-chefe (integra o espaço físico do serviço), principalmente pelo ruído e interrupções por inúmeros profissionais. Apesar do local não ser o mais favorável, considerei que por possibilitar um maior número de participantes, seria o mais indicado. No que diz respeito à minha atuação enquanto formadora, alegaram como pontos fortes o domínio sobre a temática, a clareza da linguagem utilizada e a relação de interatividade com todos os participantes durante a formação. Realizada a formação, integrei a prestação de cuidados em parceria com os enfermeiros-chefe, não sei antes me apresentar à pessoa cuidada e obter o seu consentimento informado, dado que, a obtenção do mesmo permite promover a máxima confiança na relação a construir, a fim de se conseguir um maior sucesso terapêutico (DGS, 2015b). Salvaguardada esta autorização, durante as interações, fui mobilizando as competências que havia desenvolvido, surpreendendo-me com as minhas capacidades (principalmente perante temáticas complexas de comunicação), e isso possibilitou que a pessoa comesse a reconhecer-me como um membro da equipa que a poderia ajudar. Em simultâneo, os enfermeiros-chefe acompanhavam as interações, e após as mesmas discutíamos que estratégias estavam a ser elencadas, e seus resultados. A realização desta atividade permitiu demonstrar a utilização de uma variedade de técnicas de comunicação (EONS, 2013), dando assim cumprimento a outra competência que preconizava desenvolver durante o estágio.

Uma das temáticas que marcou as interações encontra-se relacionada com a gestão de expectativas (neste caso relativamente à evolução da situação clínica da pessoa). Dada a frequência desta temática complexa de comunicação durante a prestação de cuidados, considerei pertinente refletir sobre a mesma (Apêndice XIII). Não tendo sido o meu propósito a transmissão de informação relativamente à

²³ Este documento avalia (através de uma escala de *Likert*) o programa da ação (objetivos da ação; conteúdos da ação; utilidade dos conteúdos; grau de satisfação e correspondência com expectativas); o funcionamento da ação (motivação e participação; relacionamento entre os participantes; instalações e equipamentos; documentação ao dispor; apoio técnico-administrativo), e a minha atuação enquanto formadora (domínio do assunto; relação com os participantes; linguagem utilizada e metodologia formativa). Em espaço livre, o documento inclui ainda um campo para sugestões e outras observações.

evolução da sua situação clínica, a pessoa solicitou informação sobre diferentes assuntos relacionados com a doença oncológica, efeitos secundários dos tratamentos ou ainda questões relativas aos cuidados, e por isso, tal como preconiza a Deontologia Profissional de Enfermagem (Artigo 84.º - Dever de informar), foi atendido com “responsabilidade e cuidado todo o pedido de informação ou explicação feito pelo indivíduo em matéria de cuidados de enfermagem” (OE, 2015b, p. 73).

A análise desta situação revela que uma gestão eficaz das expectativas possibilitou que a pessoa realizasse um planeamento informado sobre a sua vida, tendo patente decisões relacionadas com intervenções médicas ou com o final de vida. Focando as suas decisões e uma participação ativa nos cuidados (Geovanini & Braz, 2013), recorri a um “otimismo realista” por forma a criar um horizonte ao qual a pessoa fosse adequando as suas expectativas. Na perspetiva de Levin (2015) um “otimismo realista” promove o *coping* ao equilibrar a esperança²⁴ e o realismo, na medida em que, uma esperança voltada para o presente e para factos específicos, é mais útil que incertezas perante o futuro. Destaco duas estratégias de comunicação-verbal utilizadas durante a interação: as perguntas-abertas e a clarificação. A utilização de perguntas-abertas incentivou à reflexão, e permitiu que a pessoa incorporasse gradualmente processos cognitivos e emocionais referentes à evolução da sua situação clínica (Norton, et al., 2013), pois cada pessoa tem o seu ritmo para integrar e gerir esta informação (Jackson, et al., 2013).

A clarificação foi outra estratégia de comunicação verbal igualmente útil, pois possibilitou a compreensão da mensagem recebida, traduzindo o que a pessoa estava a dizer e a sentir. A sua utilização ocorreu de forma não-diretiva e visou ajudar a pessoa a entender com maior clareza o seu problema ou as suas soluções (Lazure, 2004). De facto, equacionar uma realidade de que não existirão mais tratamentos curativos, é muitas vezes associado a que o fim da vida se encontra próximo. Perante esta realidade, o fator tempo foi alvo de esclarecimento, porque embora existam estatísticas sobre a esperança de vida, estas respeitam o “Sr. Comum”, e não necessariamente a pessoa que está diante de nós (Twycross, 2003). Nesta ótica Arantes (2012) refere que o maior perigo de avaliar o tempo de sobrevida de uma

²⁴ “A esperança é parte natural da existência humana. Algum grau de esperança está presente em todas as pessoas; ela é fator significativo em doenças terminais e está citada como verdadeiro alimento para as pessoas, especialmente em momentos difíceis” (Fitch, 2006, p. 76).

pessoa é determinar a morte “social” antes da morte física propriamente dita, pois estabelecer que uma pessoa tem uma expectativa de vida pequena, em dias ou semanas, pode subestimar as suas necessidades e negligenciar o conforto da pessoa e seus familiares. Por conseguinte, ao reconhecer que a pessoa não tinha um tempo de vida definido, não foram proferidas respostas precisas como sejam horas, dias ou meses, pois os profissionais de saúde têm limites, e o da predição é um deles (Querido, et al., 2016). Esta ideia sugere que a comunicação pode e deve ser um instrumento terapêutico que permita manter a esperança, no entanto, esta tem que ser baseada na verdade para evitar falsas esperanças e o consequente sofrimento sem sentido (Alvarenga, 2012).

Partindo desta compreensão, é consensual que “as pessoas precisam da verdade durante toda a vida, não apenas no fim dela, por respeito, para poderem desenvolver sua autonomia e arbítrio” (Silva, 2012, p. 52). Contudo, a relação com a verdade passa, muitas vezes, pela forma como percebemos a realidade, como a assimilamos e interpretamos. O facto de a interpretarmos implica a possibilidade, ainda que involuntária, de faltar à verdade objetiva, e por isso, ser verdadeiro comporta comunicar com verdade, agir na veracidade e ser congruente (OE, 2015b). Nesta situação, uma comunicação gradual da verdade, “um dos agentes terapêuticos mais poderosos que temos ao nosso dispor” (Twycross, 2003, p.37), conduziu ao aumento da esperança e facilitou a tomada de decisão da pessoa sobre o presente e o futuro (Schapira & Steensma, 2012). Admitindo que o conforto é a principal intenção da intervenção de Enfermagem (Kolcaba, 2003), foi igualmente importante comunicar de forma prudente, dado que, as pessoas doentes sabem ou intuem o que está a acontecer com elas, mesmo que não sejam informadas diretamente, e não contar ou fingir que não está a acontecer nada, favorece que se crie uma situação de fingimento mútuo (Kovács, 2006). Como tal, foi evitado um discurso extremo que varia da “mentira piedosa” à “verdade escancarada”, tendo sido utilizada uma “verdade prudente”, entendendo-a como a colocação da verdade possível e adequada às necessidades individuais da pessoa (Geovanini & Braz, 2013). Além disso, dizer a verdade “escancarada” no contexto de uma doença avançada pode ser visto como fazer mal, em vez de fazer o bem, pois em algumas sociedades, culturas, subculturas ou famílias, o sentido moral de bom e mau, certo ou errado pode diferir (Coyle, 2014), assumindo especial relevo o princípio da beneficência, que se relaciona “com o dever

de fazer o bem, de ajudar o outro a obter o que é para seu benefício” (OE, 2015b, p. 60). Destaco que o curso da interação foi pautado não só pelo princípio da beneficência, mas também pelo princípio da não maleficência, perspectivado na forma de não fazer mal, sobretudo de não causar dano, por vezes mais obrigatório do que a exigência de promover o bem (OE, 2015b). O cumprimento destes princípios éticos minimizou os riscos envolvidos na tomada de decisão, as “falsas esperanças” e a sua valorização promoveu o conforto da pessoa, evitando palavras ou ações que favorecessem o seu sofrimento.

Admitindo que a capacitação dos enfermeiros não foi uma meta absoluta, mas antes um caminho a percorrer, durante este percurso formativo considerei importante sumariar e agilizar o “acesso mental” a competências básicas e estratégias de comunicação verbal, não-verbal e para-verbal. Para este efeito, elaborei um *poster* no qual propus um acrónimo: *PRESENTE* (Apêndice XIV). Saliento que a escolha da palavra *PRESENTE* não foi ocasional, dado que, a presença é uma estratégia de comunicação não-verbal de extrema importância em cuidados paliativos, porque mesmo que nenhuma palavra seja pronunciada, o facto de o profissional estar presente permanecendo junto ou aproximando-se com maior frequência da pessoa, demonstra o seu reconhecimento pelo sofrimento e que a acompanhará até o fim (Araújo, 2011). Além da elaboração do *poster* com o acrónimo de comunicação, compilei e documentei o conhecimento desenvolvido no âmbito das competências básicas e estratégias de comunicação num guia orientador de boas práticas de comunicação (Apêndice XV).

Reconhecendo que “a produção de guias orientadores da boa prática de cuidados de enfermagem baseados na evidência empírica constitui uma base estrutural importante para a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros” (OE, 2012, p. 12), a sua construção revelou-se um *continuum* ao longo deste local de estágio. O guia orientador de boas práticas foi validado por uma enfermeira perita em cuidados paliativos, e enquanto documento de apoio aos enfermeiros na sua prática diária, estrutura, organiza e integra evidência científica sobre a comunicação enfermeiro-pessoa com doença oncológica em situação paliativa e seus familiares. O guia encontra-se estruturado em três capítulos. O primeiro capítulo diz respeito à importância da comunicação enfermeiro-pessoa/família, e atribui especial ênfase às três competências básicas de

comunicação em cuidados paliativos: a empatia, a escuta ativa e o *feedback*. O segundo capítulo integra as estratégias de comunicação verbal, não-verbal e para-verbal, numa lógica de articulação teórico-prática. Este capítulo culmina com a operacionalização das estratégias de comunicação recorrendo a uma interação fictícia, em que ao longo da mesma evidencio a *bolt* as estratégias de comunicação utilizadas pelo enfermeiro. O terceiro capítulo apresenta o acrónimo de comunicação proposto. Pretendo que o guia contribua para o desenvolvimento do conhecimento e da *praxis* sobre comunicação, de forma a suportar a reflexão e o aprofundamento do exercício profissional neste campo de intervenção de Enfermagem. Enquanto instrumento de trabalho é um meio e não um fim em si mesmo, e por isso, estou certa de que será utilizado, discutido e adequado às necessidades dos enfermeiros que a ele recorram. A realização das referidas atividades proporcionou uma reflexão ativa e contínua de uma prática pautada pelo desenvolvimento pessoal e aperfeiçoamento profissional, ambos decisivos para a construção de competências (OE, 2015b). Centrada não apenas na construção, mas na aplicação das competências desenvolvidas, defini como terceiro objetivo específico:

Aplicar as competências desenvolvidas no âmbito das estratégias de comunicação enfermeiro-pessoa com doença oncológica em situação paliativa e seus familiares.

Para dar cumprimento a este objetivo não pude descurar a atividade assistencial, e como tal, promovi intervenções junto da pessoa com doença crónica incapacitante e terminal e seus familiares (OE, 2015a). A promoção destas intervenções permitiu construir um relacionamento terapêutico e de confiança com a pessoa e seus familiares (EONS, 2013), pois de facto, para que possa existir um relacionamento de confiança, a pessoa precisa de acreditar que o enfermeiro tem o conhecimento necessário para a ajudar (saberes e competências), e que agirá no sentido dos seus melhores interesses (OE, 2015b). E foi agindo no melhor interesse da pessoa com doença oncológica em situação paliativa e seus familiares, que apliquei os conhecimentos que havia desenvolvido no âmbito das competências básicas e estratégias de comunicação. Tendo em conta que estas são parte integrante do acrónimo de comunicação proposto, recorri a este instrumento de trabalho para estruturar e analisar uma reflexão sobre a prática (Apêndice XVI). No decorrer da análise da interação, foi-me possível demonstrar de que forma o acrónimo pode ser

operacionalizado perante temáticas complexas de comunicação como a transição de cuidados curativos para cuidados paliativos; a gestão de expectativas; a esperança; a espiritualidade ou o processo de morrer e a morte. Começando pelas competências básicas de comunicação, no que diz respeito à empatia, pude perceber que não se nasce empático, mas sim com a possibilidade de através das nossas ações desenvolvermos essa competência, pois “a empatia é mais profunda do que um sorriso, o sentir uma atração pelo outro, ou o ser educado” (Pinto, 2014, p.66). Uma atitude empática foi um *saber-ser* e um *saber-estar* que permitiu respeitar as necessidades da pessoa, estimular as suas potencialidades e promover a sua autonomia, algo que deve ser protegido, apoiado e promovido, já que se enraíza na liberdade individual e nas decisões que cada pessoa toma acerca de si (OE, 2015b).

Esta atitude empática não foi demonstrada apenas por palavras, mas também por estratégias de comunicação não-verbal como a expressão facial, a presença ou o toque. Nesta lógica, posso afirmar que toda a interação foi alicerçada na empatia, pois ao desenvolver esta competência pude compreender a pessoa partindo do seu ponto de vista; reconhecer ou sentir o que era significativo para si; procurei saber como percecionava a sua situação; o que sentia a respeito de si mesma; o que dava sentido à sua vida, entre outros aspetos. Em parte, vivi a sua experiência, embora não tenha confundido os seus sentimentos e percepções como sendo meus, uma vez que as dificuldades da intervenção aumentam quando fazemos nosso o problema do outro (Salomé, 1995). Evidencio por isso a utilização desta competência básica de comunicação com eficácia, pois uma formação pessoal e profissional que esqueça a dimensão empática e a sua importância no encontro com o outro “é uma formação que encerra em si alguns riscos: o de esquecer os sentimentos que o sofrimento do outro provoca em nós, o de não se adaptar a todas as situações de cuidados e o de nos propor um conjunto de regras que podem ser vividas num registo de não autenticidade” (Marçal, 2004, p. 288).

A escuta ativa foi outra competência básica de comunicação que esteve patente durante a interação. Escutar ativamente envolveu estratégias de comunicação não-verbal como o contacto visual, o silêncio, a proxémica ou a postura corporal. Ao utilizá-las na prática, comecei a configurar a existência de um contexto significativo por detrás das palavras que exige atenção, interesse e motivação, e que vem validar a ideia de que a escuta ativa é um processo complexo que solicita na sua utilização,

energia e concentração (Araújo & Silva, 2012). Efetivamente, escutar de forma ativa permitiu conhecer *aquela pessoa* na sua singularidade, uma condição estruturante para alcançar o seu conforto, pois possibilitou compreender os seus sintomas e o quanto a desconfortavam; as suas expectativas futuras; os seus reais medos e preocupações; os seus desejos e preferências; as suas práticas culturais; as suas crenças, valores e questões espirituais; as suas potencialidades e fragilidades, ou outros aspetos que ajudaram a identificar as necessidades de conforto no seu contexto físico, psico-espiritual, sócio-cultural e ambiental (Kolcaba, 2003).

Ao utilizar as competências básicas referidas, pude verificar que o processo de comunicação tem um objetivo que é colocado em ação quando este se inicia, e que faz esperar uma resposta do outro: o *feedback*. Nesta lógica, foi privilegiado o *feedback* que a pessoa ofereceu, pois para alcançar o objetivo da comunicação é preciso ter uma resposta positiva, através do entendimento da mensagem por parte do outro (Broca & Ferreira, 2012). Ao fazê-lo fiquei mais recetiva em receber as reações da pessoa, em termos de pensamentos e emoções, o que veio facilitar a eficácia da comunicação. Além disso, a perceção destas reações foi importante para conduzir de forma eficaz a interação e ir ao encontro da finalidade do *feedback*: identificar e transmitir os pontos fortes e fracos do processo de comunicação, e não do profissional, num processo construtivo que permita atingir uma elevação contínua da prática (Thomas & Arnold, 2011).

Reconhecendo que as referidas competências básicas de comunicação não se encontram dissociadas das estratégias de comunicação, ressalvo a sua importância para que a informação fosse concedida em “pequenas porções”, tendo em conta o que a pessoa sabia, e o que desejava saber, dado que, a autonomia da pessoa é soberana, assim como o direito de ser informada sobre a doença, o tratamento, a tomada de decisão sobre a sua vida, e até o direito de não ser informada quando há indícios de que não se sente preparada para falar sobre o seu presente e o futuro (Rodrigues & Zago, 2006). Nesta lógica, posso afirmar que a utilização de estratégias de comunicação permitiu “criar o ambiente propício ao desenvolvimento das potencialidades da pessoa”, tal como preconiza a Deontologia Profissional de Enfermagem no seu artigo 89.º – Da humanização dos cuidados (OE, 2015b, p.97).

A criação deste ambiente foi decisivo em interações que incluíram o processo de morrer e a morte, pois de facto, embora a morte seja a única certeza de qualquer

ser vivo, foi para mim importante admitir que “a morte não é um “erro do sistema”, mas uma dimensão fundamental da natureza humana” (Silva, 2012, p. 52). Por conseguinte, acompanhar de perto aquele que trilha este caminho não foi uma tarefa fácil, pois fez-me recordar a minha própria finitude, um momento difícil, mas que pode ser a única condição capaz de dar sentido à nossa existência (Coelho & Ferreira, 2015). Entendo com isto que, estar presente junto de uma pessoa que se encontra a morrer e seus familiares, implicou “chegar a um acordo” com a minha própria mortalidade e perspetivas pessoais sobre a morte, pois existem aspetos dos cuidados paliativos, nomeadamente o testemunho do sofrimento, que exigem uma vontade de *ficar com e amparar* o sofrimento do outro (Duke & Bailey, 2008).

Tendo em conta que a formação contínua, enquadrada num meio que possibilite a reflexão sobre a prática e a aplicação dos saberes, constitui um dos marcos estruturantes do desenvolvimento de competências (OE, 2015b), na penúltima semana de estágio, considerei pertinente que a sua operacionalização fosse demonstrada num segundo momento de formação (Apêndice XVII). Nesta formação utilizei como metodologia formativa a técnica de *brainstorming*, com o intuito de discutir situações da prática que incentivassem à reflexão, uma vez que, “a teoria oferece o que pode ser explicitado e formalizado, mas a prática é sempre mais complexa e apresenta muito mais realidades do que as que se podem apreender pela teoria” (Benner, 2001, p. 61). Destaco que ao avaliarem a formação, os enfermeiros demonstraram a sua satisfação com a metodologia formativa utilizada, alegando que além de “captar” a sua atenção e interesse, ofereceu um carácter de operacionalidade à temática. Referiram também que esta metodologia permitiu articular de forma eficaz a teoria e a prática, pois cada estratégia de comunicação foi devidamente clarificada com excertos de interações mobilizados da situação que foi alvo de intervenção.

Por forma a exemplificar esta metodologia formativa, tomo como exemplo o silêncio. Durante as interações, apercebi-me que os enfermeiros-chave tinham dificuldade em gerir um silêncio mais prolongado e acabavam por interpelar a pessoa com algum assunto diferente do que estava a ser abordado. Na verdade, enquanto a pessoa fala, por vezes temos uma vontade incontável de interromper ou dar uma opinião, mas se o fizermos, não estamos focados no que está a compartilhar connosco. Como tal, sublinhei que devemos conferir tempo para que a pessoa possa refletir e organizar o seu discurso, proporcionando meios que lhe permitam auto-

organizar-se, dado que, a maneira de a ajudarmos a gerir o sofrimento não é substituí-la nas suas decisões ou no “caminho” escolhido, mas antes, colocando ao seu alcance a forma de descobrir dentro de si a resposta ou a solução que naquele momento lhe convém mais, e a mais coerente com o seu estar existencial (Pinto, 2014).

Foi interessante perceber que as dificuldades apresentadas pelos enfermeiros-chave eram partilhadas pelos restantes enfermeiros que participaram na formação, e por isso, incentivei a sua participação, escutando-os, e deixando que expressassem as suas ideias e opiniões, sem condicionar perguntas ou respostas. O cerne desta formação teve subjacente a ideia de que “a saúde é o reflexo de um processo dinâmico e contínuo; toda a pessoa deseja atingir o estado de equilíbrio que se traduz no controlo do sofrimento, no bem-estar físico e no conforto emocional, espiritual e cultural” (OE, 2012, p. 8). Por conseguinte, o foco de atenção foi a pessoa e não a doença, e como tal, foi enfatizado que a cura deixaria de ser o objetivo primordial, e que deveríamos ter a capacidade de dar lugar a um outro objetivo não menos importante, o de cuidar preservando a dignidade e maximizando a qualidade de vida. Neste âmbito, foi essencial perceber que a qualidade de vida pode consistir na capacidade de integração e aceitação dos desafios que a doença oncológica impõe, devendo assumir-se a ignorância pessoal em relação ao que é qualidade de vida para outra pessoa (OE, 2015b). Como tal, não nos competiu ajuizar a forma como a pessoa definia qualidade de vida, mas antes, tentar gerir de forma eficaz o seu sofrimento, pois segundo Marçal (2004), ao tentarmos esquecer ou não refletir sobre o sofrimento do outro, podemos correr o risco de ficar imobilizados perante a nossa própria dor, recorrendo à fuga ou ao evitamento, comportamentos defensivos, que apesar de parecerem protetores, não previnem a sensação de exaustão profissional.

Dada a permeabilidade dos enfermeiros durante o seu processo de capacitação, e tendo presente que “a qualidade exige reflexão sobre a prática – para definir objectivos do serviço a prestar, delinear estratégias para os atingir” (OE, 2012, p. 7), não posso deixar de referir o contributo da reflexão para o questionamento da prática. Com rigor, “questionar uma prática, é interrogá-la sobre os seus diversos aspectos e mais particularmente sobre a sua origem, a sua evolução e o seu resultado actual. É interrogá-la sobre (...) o seu corolário, assim como sobre a sua significação como *praxis*, que é o construir-se a si próprio e para si. É colocar entre parêntesis a ideia prévia do seu resultado, para procurar uma possível eficiência nova” (Honoré,

2004, p.199). Considero que a reflexão sobre a prática incentivou os enfermeiros a uma procura contínua por novas e melhores formas de comunicar com a pessoa/família, declinando intervenções baseadas em rituais e hábitos. Destaco que esta procura pela mudança de atitude, embora pareça subtil, não é menos significativa ou menos importante, pois muitas vezes é ela que torna cuidados básicos em cuidados de excelência (Farrington & Townsend, 2014).

Analisando o estágio desenvolvido neste internamento, considero que foram atingidos os objetivos a que me propus, e que o seu alcance permitiu desenvolver as competências da OE (2010;2015a) e da EONS (2013) que fui referindo ao longo do texto de modo articulado, tendo patente uma “associação da competência técnica, científica e moral com vista à prestação de um cuidado de qualidade nas esferas física, emocional, espiritual, intelectual e social. No global, o desenvolvimento de boas práticas, na sintonia dos saberes mais atuais” (OE, 2015b, p. 46).

2 - AVALIAÇÃO

Reconhecendo que a disciplina de Enfermagem tem-se desenvolvido e evoluído em torno da expansão do saber e da especialização (Fonseca, Cruz, & Neto, 2012), e que o registo escrito é um meio importante para divulgar a reflexão e a produção de conhecimento dos percursos de cada enfermeiro, acredito que este relatório, para além de me ter permitido refletir sobre as minhas aprendizagens e o desenvolvimento das minhas competências, coloca questões que possibilitarão também uma reflexão aos colegas que o leiam. O desenvolvimento de competências no percurso que realizei de especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de intervenção de Enfermagem Oncológica, que privilegiou a comunicação com a pessoa com doença oncológica em situação paliativa e seus familiares, permitiu otimizar a qualidade dos cuidados prestados junto destes clientes, o que é particularmente importante, dado que os enfermeiros constituem uma comunidade profissional e científica da maior relevância na garantia do acesso da população a cuidados de saúde de qualidade (Decreto-Lei nº 161/96 de 4 de Setembro, 1996). Nesta linha de pensamento, o enfermeiro especialista deve assumir-se como um agente ativo no campo da investigação, pois uma das suas competências é “descodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante, que permita avançar e melhorar a prática da enfermagem” (OE, 2010, p. 2).

Ao longo deste percurso, identifico como ponto forte a construção de uma revisão *scoping* da literatura. A revisão *scoping* possibilitou a minha aprendizagem no âmbito da temática que desenvolvi através do mapeamento das estratégias de comunicação utilizadas pelo enfermeiro na prestação de cuidados à pessoa com doença oncológica em situação paliativa e seus familiares. Decorrente da mesma, a construção de uma *check-list* de observação/orientação da prática de cuidados enfermeiro-pessoa/família no âmbito da comunicação, foi um instrumento de trabalho fulcral, especialmente nos dois primeiros locais de estágio. A sua utilização foi facilitadora na sistematização dos conhecimentos que fui desenvolvendo a partir da pesquisa bibliográfica e na elaboração de reflexões sobre a prática, decisivas para o meu processo de aprendizagem, pois tal como refere Benner (2001), as exigências de comunicação em cuidados paliativos são colossais, e por esta razão, as enfermeiras não propõem apenas informações, elas oferecem à pessoa maneiras de ser, de enfrentar e mesmo novas perspetivas, graças ao saber que decorre de uma boa prática de cuidados. No que diz respeito ao último local de estágio, a decisão de implementar o projeto num contexto em que não exercia funções, prendeu-se com o

facto de trabalhar num serviço de consulta externa que não contemplava a área de intervenção de Enfermagem Oncológica. Esta decisão foi tomada de forma refletida, mas por momentos admiti que poderia revelar-se um ponto fraco no meu desenvolvimento de competências. Contudo, não foi isso que aconteceu. Neste local de estágio, o envolvimento da equipa de Enfermagem foi facilitado pelo facto da mesma sentir necessidade de formação sobre a temática. Por conseguinte, pude atuar como formadora em contexto de trabalho, diagnosticando as necessidades formativas dos enfermeiros e avaliando o impacto das formações realizadas. Com o desenvolvimento desta competência, no âmbito da comunicação, favoreci a aprendizagem, a destreza nas intervenções e o desenvolvimento de habilidades e competências dos enfermeiros (OE, 2010). Relativamente à prestação de cuidados junto da pessoa/família, não sendo possível acompanhar toda a equipa, os dois enfermeiros-chave constituíram um importante elo de ligação entre mim e a equipa. Enquanto elo de ligação, os enfermeiros-chave desempenharam um papel decisivo não só na transmissão de conhecimentos aos seus pares, mas também no levantamento de dúvidas junto dos mesmos, o que fez com que as sessões de formação fossem ao encontro das necessidades formativas de todos os participantes. Admitindo que as necessidades formativas fomentaram a reflexão sobre a prática e uma análise crítica dos paradigmas de comunicação existentes, foi-me possível dinamizar e gerir a incorporação de novos conhecimentos em contexto da prática, visando ganhos em saúde para a pessoa/família (OE, 2010). Para este efeito, operacionalizei as estratégias de comunicação verbal, não-verbal e para-verbal de forma eficaz durante as interações, que se traduziu na melhoria dos cuidados prestados no âmbito da comunicação enfermeiro-pessoa/família, mas não se limitou à mesma, pois “as pessoas que se encontram doentes exigem lidar com profissionais, ou seja, pessoas capazes de reagir a acontecimentos, de encarar situações inesperadas, de ir para além dos procedimentos a executar, de enfrentar o inédito, de tomar iniciativas pertinentes e de inovar diariamente” (Le Boterf, 2006, p.61).

Saliento ainda que os três locais de estágio foram determinantes para alterar a minha perspetiva pessoal e profissional sobre a pessoa com doença oncológica e seus familiares. Em parte, esta alteração foi fruto do meu autoconhecimento, pois se por um lado este permitiu desenvolver uma maior consciencialização da influência pessoal na relação profissional (OE, 2010), por outro permitiu a identificação de recursos/limites pessoais e profissionais facilitadores/inibidores do processo de comunicação com a pessoa/família. Na verdade, cada pessoa que cuidei fez-me questionar: *Que pessoa tem a doença*, em vez de, *que doença tem a pessoa*? Este questionamento foi importante para

individualizar o processo de comunicação e proporcionar conforto à pessoa/família, pois é hora de ir além das expressões metafóricas de “luta” e “guerra” contra o cancro, para fazer avançar o princípio fundamental de que mesmo não havendo cura, é essencial confortar a pessoa doente e a sua família (Parikh, et al., 2015). Pouco tempo depois de terminar o ultimo estágio, viria a cessar funções com a instituição hospitalar onde implementei o projeto. Perseguindo a área de intervenção de Enfermagem Oncológica, foi com agrado que iniciei funções no internamento médico-cirúrgico de uma instituição cujo foco é a pessoa com doença oncológica (em toda a trajetória de doença). Face às exigências comunicacionais existentes neste contexto, considero que o desenvolvimento de competências de comunicação surgiu no momento certo da minha vida profissional, pois muito me apraz o impacto/resultado positivo obtido junto da pessoa/família de quem cuido diariamente. Distinta pela investigação da doença oncológica, presumo que esta instituição seja impulsionadora do meu desenvolvimento de competências não só de comunicação, mas em outras áreas de intervenção de Enfermagem.

Não posso deixar de mencionar que o tempo disponível para a realização de cada estágio e para a construção do relatório, constituiu uma das fragilidades deste percurso. Pelo carácter reflexivo do relatório, mais tempo junto dos clientes que foram alvo de intervenção, assim como dos enfermeiros orientadores e pares, seria certamente uma mais-valia para a integração de boas práticas comunicacionais e para a própria “maturidade” desta experiência de aprendizagem.

Com todo este percurso e a sua análise apresentada ao longo deste documento, quero também referir que considero que desenvolvi as competências apresentadas na Lei de Bases do Sistema Educativo do Ensino Superior português para atribuição do grau de Mestre²⁵ em Enfermagem. Consciente que o desenvolvimento de competências de comunicação exige um percurso de formação contínuo, fica expectável que a continuidade do mesmo seja repleta de aspetos a aperfeiçoar e novas aprendizagens no sentido de melhorar, sempre, pois independente do contexto de cuidados, a eficácia da comunicação deve ser um denominador comum a todas as intervenções de Enfermagem.

²⁵ O grau de mestre é atribuído a quem demonstre: “possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que, sustentando-se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1º ciclo, os desenvolva e aprofunde; saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo; capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem; competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo” (Decreto-Lei n.º 74/2006 de 24 de Março, 2006, p. 2246).

CONCLUSÕES E TRABALHO FUTURO

Ao primar pela promoção da qualidade dos cuidados, o presente relatório exhibe o percurso realizado durante três estágios que visaram o desenvolvimento de competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de intervenção de Enfermagem Oncológica e de obtenção do grau de Mestre em Enfermagem. Encontra-se nele descrita a forma como foram atingidos os objetivos gerais e específicos definidos para cada local de estágio, bem como as atividades realizadas para o desenvolvimento das mesmas. Cada atividade teve subjacente uma reflexão crítica que foi vital para o desenvolvimento da aprendizagem na área temática trabalhada e que contribuiu para uma prática de cuidados de qualidade à pessoa com doença oncológica em situação paliativa e seus familiares.

O relatório foi redigido tendo como suporte a Teoria de Conforto de *Katharine Kolcaba*, que define conforto como um conceito positivo que está associado a intervenções que nutrem e fortalecem as pessoas que se encontram desconfortáveis (Kolcaba, 2003). Partindo desta compreensão, a provisão de conforto perante a pessoa com doença oncológica em situação paliativa e seus familiares foi alicerçada em competências básicas e estratégias de comunicação verbal, não-verbal e para-verbal que permitiram uma avaliação das necessidades, implementação de intervenções de conforto e a avaliação dos resultados dessas mesmas intervenções, mantendo uma visão holística da pessoa/família (kolcaba, 2003).

Analisando o percurso que teve o projeto, desde a sua conceção até à concretização, considero que este radicou na aquisição de maior e melhor conhecimento teórico-prático no âmbito das estratégias de comunicação, um aspeto imperativo para o desenvolvimento de competências de comunicação enfermeiro-pessoa/família. Em paralelo ao desenvolvimento de competências, ao longo dos estágios, foi fundamental combinar e mobilizar recursos pessoais (aqueles que se tornam intrínsecos ao profissional) e recursos do meio envolvente (aqueles que o profissional não possui, mas aos quais pode recorrer, se necessário), pois tornar-se-ia difícil, senão mesmo impossível, ser competente de forma isolada (Le Boterf, 2006).

No culminar deste percurso foi-me possível alcançar o estágio de enfermeiro proficiente, que segundo Benner (2001), significa o enfermeiro que é capaz de usar o

saber adquirido nas experiências anteriores, transferindo-o para fazer face a situações novas e imprevisíveis. Além disso, o enfermeiro proficiente consegue perceber os acontecimentos de um modo global, o que melhora a sua tomada de decisão, identificando de maneira lógica, rápida e menos laboriosa as prioridades a estabelecer. Detentora destas competências, paulatinamente, tenho vindo a sensibilizar os meus pares para a importância da capacitação no âmbito da comunicação, pois na realidade, não nos podemos deixar “derrubar” pelas dificuldades com que somos confrontados, mas antes, encarar a comunicação como uma intervenção autónoma de Enfermagem que deve ser alvo de otimização. Esta otimização não se resume a saber identificar ou nomear as estratégias de comunicação, é necessário que a sua utilização seja caracterizada por um conjunto de conhecimentos e comportamentos que permitam compreender o *porquê* e o *como* agir (Le Boterf, 2006), por forma a responder individualmente ao sofrimento de uma pessoa com doença oncológica em situação paliativa e seus familiares. Por esta razão, tenho como objetivo implementar um programa de capacitação de comunicação junto dos enfermeiros do internamento onde exerço funções atualmente. Caso exista receptividade por parte da instituição, pretendo estendê-lo a todos os profissionais de saúde, uma vez que, a sua capacitação possibilitará uma intervenção eficaz junto da pessoa/família em toda a trajetória de doença.

No que diz respeito a implicações para a investigação, a curto prazo, pretendo a publicação de um artigo sobre a temática em revista científica. Neste artigo será integrado o acrónimo de comunicação proposto no relatório, pois poderá ajudar os enfermeiros na sua prática, já que sistematiza as estratégias de comunicação, o que facilita, na minha perspetiva, a apreensão das mesmas.

Admitindo que se encontra em aberto um vasto caminho de investigação nesta área, a longo prazo, pretendo produzir documentação científica que contribua para as boas práticas no âmbito da comunicação enfermeiro-pessoa com doença oncológica em situação paliativa e seus familiares.

Termino estas linhas com a sensação de dever cumprido por ora, mas ciente da responsabilidade de enquanto futura enfermeira especialista na área de intervenção de Enfermagem Oncológica, continuar uma caminhada profissional que enfatize a melhoria dos cuidados prestados à pessoa com doença oncológica e seus familiares, não só em situação paliativa, mas em toda a trajetória de doença.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alvarenga, M. (2012). A comunicação na transferência dos cuidados curativos para os cuidados paliativos. Em A. Barbosa, *Investigação Qualitativa em Cuidados Paliativos* (pp. 81-104). Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Alves, M. L., Jardim, M. H., & Freitas, O. M. (2012). Sofrimento do doente oncológico em situação paliativa. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(8), 115-124. DOI:org/10.12707/RIII1217.
- Amendoeira, J., Barroso, I., Coelho, T., Santos, I., Godinho, C., Saragoila, F., . . . Filipe, D. (2003). Os instrumentos básicos na construção da disciplina de Enfermagem - expressões e significados. Santarém. Obtido em 10 de Maio de 2015, de <http://repositorio.ipsantarem.pt/bitstream/10400.15/88/1/PublicacaoOnlineIBEinstrumentosBasicosdeEnfermagem%5b1%5d.pdf>
- American Cancer Society. (2016). *Cancer Facts & Figures*. Atlanta: American Cancer Society. Obtido em 3 de Maio de 2016, de <http://www.cancer.org/acs/groups/content/@research/documents/document/acspc-047079.pdf>
- Amoah, C. F. (2011). The central importance of spirituality in palliative care. *International Journal of Palliative Nursing*, 17(7), 353-358. DOI:org/10.12968/ijpn.2011.17.7.353
- Apóstolo, J., Capela, R., & Castro, I. (2012). Suffering and Comfort in Portuguese Cancer Patients. Em M. Sebastian, N. Neethu, & E. Elias, *Nanomedicine and Cancer Therapies, Recent Advances in Nanoscience and Nanotechnology* (pp. 185-193). Oakville: Apple Academic Press.
- Arantes, A. C. (2012). Indicações de Cuidados Paliativos. Em R. T. Carvalho, & H. A. Parsons, *Manual de Cuidados Paliativos* (2ª ed., pp. 56-74). São Paulo: Academia Nacional de Cuidados Paliativos. Obtido em 20 de Junho de 2015, de www.paliativo.org.br/dl.php?bid=146
- Araújo, M. M. (2011). Comunicação em cuidados paliativos: proposta educacional para profissionais de saúde. Escola de Enfermagem da Universidade de São

- Paulo (Tese de Doutorado). São Paulo. DOI:10.11606/T.7.2011.tde-31052011-123633.
- Araújo, M. M., & Silva, M. J. (2012). O conhecimento de estratégias de comunicação no atendimento à dimensão emocional em cuidados paliativos. *Revista Texto & Contexto Enfermagem*, 21(1), 121-129. DOI:org/10.1590/S0104-07072012000100014
- Arksey, H., & O'Malley, L. (2005). Scoping studies: towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology*, 8(1), 19-32. DOI:org/10.1080/1364557032000119616
- Associação Enfermagem Oncológica Portuguesa. (2015). *Entender a dor oncológica*. Porto: Medesign.
- Bach, S., & Grant, A. (2009). *Communication and Interpersonal Skills for Nurses*. United Kingdom: Learning Matters.
- Back, A. L., & Arnold, R. M. (2014). "Yes It's Sad, But What Should I Do?": Moving from Empathy to Action in Discussing Goals of Care. *Journal of Palliative Medicine*, 17(2), 141-144. DOI:10.1089/jpm.2013.0197
- Back, A. L., Trinidad, S. B., Hopley, E. K., & Edwards, K. A. (2014). Reframing the Goals of Care Conversation: "We're in a Different Place". *Journal of Palliative Medicine*, 17(9), 1019-1024. DOI:10.1089/jpm.2013.0651
- Baer, L., & Weinstein, E. (2012). Improving Oncology Nurses' Communication Skills for Difficult Conversations. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 17(3), 45-51. DOI:10.1188/13.CJON.E45-E51
- Barbosa, A. (2016a). Ser Pessoa, Vulnerabilidade e Sofrimento. Em A. Barbosa, P. R. Pina, F. Tavares, & I. G. Neto, *Manual de Cuidados Paliativos* (3ª ed., pp. 665-690). Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Barbosa, A. (2016b). Relação Clínica em Cuidados Paliativos. Em A. Barbosa, P. R. Pina, F. Tavares, & I. G. Neto, *Manual de Cuidados Paliativos* (3ª ed., pp. 833-905). Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito - Excelência e Poder na prática clínica de Enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Bermejo, J. C. (2011). *Introducción al counselling (relación de ayuda)*. Maliaño: Sal Terrae.

- Bernardo, A., Rosado, J., & Salazar, H. (2016). Trabalho em equipa. Em A. Barbosa, P. R. Pina, F. Tavares, & I. G. Neto, *Manual de Cuidados Paliativos* (3ª ed., pp. 907-913). Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa.
- Boyd, D., Merkh, K., Rutledge, D. N., & Randall, V. (2011). Nurses' Perceptions and Experiences with End-of-Life Communication and Care. *Oncology Nursing Forum*, 38(3), 229-239. DOI:10.1188/11.ONF.E229-E239
- Broca, P. V., & Ferreira, M. A. (2012). Equipe de enfermagem e comunicação: contribuições para o cuidado de enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 65(1), 97-103. DOI:org/10.1590/S0034-71672012000100014
- Brown, R., & Bylund, C. (2010). Theoretical models of communication skill training. Em D. W. Kissane, B. D. Bultz, P. N. Butow, & I. G. Finlay, *Handbook of Communication in Oncology and Palliative Care* (pp. 27-40). New York: Oxford University Press.
- Buckman, R. (2001). Communication skills in palliative care: A practical guide. *Neurologic Clinics*, 19(4), 989-1004. DOI:org/10.1016/S0733-8619(05)70057-8
- Butow, P. N., Tattersall, M. H., & Stockler, M. (2010). Discussing prognosis and communicating risk. Em D. W. Kissane, B. D. Bultz, P. M. Butow, & I. G. Finlay, *Handbook of communication in oncology and palliative care* (pp. 113-125). New York: Oxford University Press.
- Carvalho, M. V., & Merighi, M. A. (2006). O cuidar no processo de morrer com dignidade. Em C. A. Pimenta, D. D. Mota, & D. A. Cruz, *Dor e Cuidados Paliativos: Enfermagem, Medicina e Psicologia* (pp. 317-332). São Paulo: Manole.
- Chalifour, J. (2008). *A intervenção terapêutica: os fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda* (Vol. 1). Loures: Lusodidacta.
- Chiba, T., & Cabral, L. R. (2012). Fadiga, sudorese e prurido. Em R. T. Carvalho, & H. A. Parsons, *Manual de Cuidados Paliativos* (2ª ed., pp. 202-209). São Paulo: Academia Nacional de Cuidados Paliativos. Obtido em 20 de Junho de 2015, de www.paliativo.org.br/dl.php?bid=146
- Clayton, M. F., Reblin, M., Carlisle, M., & Ellington, L. (2014). Communication Behaviors and Patient and Caregiver Emotional Concerns: A Description of Home Hospice Communication. *Oncology Nursing Forum*, 41(3), 311-321. DOI:10.1188/14.ONF.311-321

- Coelho, M. E., & Ferreira, A. C. (2015). Cuidados paliativos: narrativas do sofrimento na escuta do outro. *Revista Bioética*, 23(2), 340-348. DOI:org/10.1590/1983-80422015232073
- Conselho Internacional de Enfermeiros. (2011). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem - CIPE Versão 2*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Correia, M. C. (2009). A observação participante enquanto técnica de investigação. *Pensar Enfermagem*, 13(2), 30-36. Obtido em 20 de Outubro de 2015, de http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2009_13_2_30-36.pdf
- Costa, M. A., & Antunes, M. T. (2012). Avaliação de sintomas em doentes sem perspectiva de cura. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(7), 63-72. DOI:org/10.12707/RIII1193
- Coyle, N. (2014). Palliative Care, Hospice Care, and Bioethics - A Natural Fit. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 16(1), 6-12. DOI:10.1097/NJH.0000000000000032
- Decreto-Lei n.º 74/2006 de 24 de Março. (2006). Regulamentação das alterações introduzidas pela Lei de Bases do Sistema Educativo relativas ao novo modelo de organização do ensino superior no que respeita aos ciclos de estudos. Diário da República I Série A, N.º60 (24.03.1996). 2242-2257. Obtido em 10 de Dezembro de 2016, de http://www.fenprof.pt/Download/FENPROF/SM_Doc/Mid_132/Doc_4029/Anexos/DL%2074%202006.pdf
- Decreto-Lei nº 161/96 de 4 de Setembro. (1996). Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. Diário da República I Série A, N.º 205 (04.09.1996). 2959-2962. Obtido em 3 de Setembro de 2015, de <http://www.ordemenfermeiros.pt/AEnfermagem/Documents/REPE.pdf>
- Direção Geral da Saúde. (2004). Programa Nacional de Cuidados Paliativos. Lisboa: Direção Geral da Saúde. Obtido em 5 de Julho de 2015, de [http://www.apcp.com.pt/uploads/Plano_Nacional_CP___Circular_Normativa_\(DGS_13-7-2004\).pdf](http://www.apcp.com.pt/uploads/Plano_Nacional_CP___Circular_Normativa_(DGS_13-7-2004).pdf)
- Direção Geral da Saúde. (2014). Portugal - Doenças Oncológicas em números – 2014. Programa Nacional para as Doenças Oncológicas. Lisboa: Direcção Geral da Saúde. Obtido em 27 de Junho de 2015, de www.dgs.pt/.../portugal-doencas-oncologicas-em-numeros-2014 ... · Ficheiro PDF

- Direção Geral da Saúde. (2015a). A Saúde dos Portugueses - Perspetiva 2015. Lisboa: Direção Geral da Saúde. Obtido em 20 de Janeiro de 2016, de <https://www.dgs.pt/.../a-saude-dos-portugueses-perspetiva-2015-pdf.aspx>
- Direção Geral da Saúde. (2015b). Consentimento Informado, Esclarecido e Livre Dado por Escrito. Lisboa: Direção Geral da Saúde. Obtido em 5 de Junho de 2016, de <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/.../norma-n-0152013-de-03102013-pdf.aspx>
- Doran, D. M. (2011). *Nursing Outcomes. The state of the science* (2ª ed.). Ontário: Jones & Bartlett Learning.
- Duke, S., & Bailey, C. (2008). Communication: Patient and family. Em S. Payne, J. Seymour, & C. Ingleton, *Palliative care nursing: Principles and Evidence for Practice* (2ª ed., pp. 121-144). London: Open University Press.
- Ekman, P. (2011). *A linguagem das emoções: Revolucionando sua comunicação e seus relacionamentos reconhecendo todas as expressões das pessoas ao redor*. São Paulo: Lua de Papel.
- End-of-Life Nursing Education Consortium. (2012). *History, Statewide Effort and Recommendations for the Future: Advancing Palliative Nursing Care*. Long Beach: Archstone Foundation. Obtido em 10 de Dezembro de 2015, de <http://www.aacn.nche.edu/elneec/publications/ELNEC-Monograph.pdf>
- European Oncology Nursing Society. (2013). *Cancer Nursing Curriculum* (4ª ed.). Bruxelas: European Oncology Nursing Society. Obtido em 5 de Julho de 2015, de <http://www.cancernurse.eu/documents/EONSCancerNursingCurriculum2013.pdf#search='competences 2013'>
- Farrington, N., & Townsend, K. (2014). Enhancing nurse-patient communication: a critical reflection. *British Journal of Nursing*, 23(14), 771-775. DOI:org/10.12968/bjon.2014.23.14.771
- Fawole, O. A., Dy, S. M., Wilson, R. F., Lau, B. D., Martinez, K. A., Apostol, C. C., . . . Aslakson, R. A. (2012). A Systematic Review of Communication Quality Improvement Interventions for Patients with Advanced and Serious Illness. *Journal of General Internal Medicine*, 28(4), 570-577. DOI:10.1007/s11606-012-2204-4

- Fernandes, J. (2016). Apoio à família em Cuidados Paliativos. Em A. Barbosa, P. R. Pina, F. Tavares, & I. G. Neto, *Manual de Cuidados Paliativos* (3ª ed., pp. 653-663). Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Fitch, M. (2006). Necessidades emocionais de pacientes e cuidadores em cuidados paliativos. Em C. A. Pimenta, D. D. Mota, & D. A. Cruz, *Dor e Cuidados Paliativos: Enfermagem, Medicina e Psicologia* (pp. 67-85). São Paulo: Manole.
- Fonseca, J. V., & Rebelo, T. (2011). Necessidades de cuidados de enfermagem do cuidador da pessoa sob cuidados paliativos. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 64(1), 180-184. DOI:org/10.1590/S0034-71672011000100026.
- Fonseca, M. F., Cruz, A. G., & Neto, D. M. (2012). Expectativas dos doentes face ao internamento numa unidade de cuidados paliativos. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(7), 191-198. DOI:org/10.12707/RIII11102.
- Geovanini, F., & Braz, M. (2013). Conflitos éticos na comunicação de más notícias em oncologia. *Revista Bioética*, 21(3), 455-462. DOI:org/10.1590/S1983-80422013000300010
- Gibbs, G. (1988). *Learning by Doing: A guide to teaching and learning methods*. Oxford: Further Education Unit.
- Goldsmith, J., Ferrell, B., Wittenberg-Lyles, E., & Ragan, S. L. (2012). Palliative Care Communication in Oncology Nursing. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 17(2), 163-167. DOI:10.1188/13.CJON.163-167
- Gonçalves, M. J., Rosado, J., & Custódio, M. P. (2010). Anorexia/Caquexia. Em A. Barbosa, & I. G. Neto, *Manual de Cuidados Paliativos* (2ª ed., pp. 181-189). Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Guarda, H., Galvão, C., & Gonçalves, M. J. (2010). Apoio à família. Em A. Barbosa, & I. G. Neto, *Manual de Cuidados Paliativos* (2ª ed., pp. 751-760). Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Guthrie, A. E., & Mazanec, P. (2010). Cancer. Em M. Matzo, & D. W. Sherman, *Palliative Care Nursing: Quality Care to the End of Life* (3ª ed., pp. 227-248). New York: Springer Publishing Company.
- Hannon, B., O'Reilly, V., Bennett, K., Breen, K., & Lawlor, P. G. (2012). Meeting the family: Measuring effectiveness of family meetings in a specialist inpatient palliative care unit. *Palliative and Supportive Care*, 10(1), 43-49. DOI:10.1017/S1478951511000575

- Heyse-Moore, L. (2009). *Speaking of Dying - A Practical Guide to Using Counselling Skills in Palliative Care*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Honoré, B. (2004). *Cuidar - Persistir em conjunto na existência*. Loures: Lusociência.
- Hui, D., Kim, S. H., Roquemore, J., Dev, R., Chisholm, G., & Bruera, E. (2014). Impact of Timing and Setting of Palliative Care Referral on Quality of End-of-Life Care in Cancer Patients. *Cancer*, 120(11), 1743-1749. **DOI:**10.1002/cncr.28628
- Jackson, V. A., Jacobsen, J., Greer, J. A., Pirl, W. F., Temel, J. S., & Back, A. L. (2013). The Cultivation of Prognostic Awareness Through the Provision of Early Palliative Care in the Ambulatory Setting: A Communication Guide. *Journal of Palliative Medicine*, 16(8), 894-900. **DOI:**10.1089/jpm.2012.0547
- Joad, A. S., Mayamol, T., & Chaturvedi, M. (2011). What Does the Informal Caregiver of a Terminally ill Cancer Patient Need? A Study from a Cancer Centre. *Indian Journal of Palliative Care*, 17(3), 191-196. **DOI:**10.4103/0973-1075.92335
- Joshi, R. (2013). Family meetings: An essential component of comprehensive palliative care. *Canadian Family Physician*, 59(6), 637-639. Obtido em 7 de Novembro de 2015, de <http://www.cfp.ca/content/59/6/637.full>
- Kaplan, M. (2010). SPIKES: A Framework for Breaking Bad News to Patients With Cancer. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 14(4), 514-516. **DOI:**10.1188/10.CJON.514-516
- Keeney, C. E., & Head, B. A. (2011). Palliative Nursing Care of the Patient With Cancer-Related Fatigue. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 13(5), 270-278. **DOI:**10.1097/NJH.0b013e318221aa36
- Kolcaba, K. (2003). *Comfort Theory and Practice - A vision for Holistic Health Care and Research*. New York: Springer Publishing Company.
- Kolcaba, K. (2010). Enhancing the Patient Experience. Obtido em 7 de Maio de 2016, de <http://www.thecomfortline.com/home/enhancepatient.html>
- Kovács, M. J. (2006). Comunicação em Cuidados Paliativos. Em C. A. Pimenta, D. D. Mota, & D. A. Cruz, *Dor e Cuidados Paliativos: Enfermagem, Medicina e Psicologia* (pp. 86-102). São Paulo: Manole.
- Kozłowska, L., & Doboszynska, A. (2012). Nurses' nonverbal methods of communicating with patients in the terminal phase. *International journal of Palliative Nursing*, 18(1), 40-46. **DOI:**10.12968/ijpn.2012.18.1.40

- Krammer, L. M., Martinez, J., Ring-Hurn, E. A., & Williams, M. B. (2010). The Nurse's Role in Interdisciplinary and Palliative Care. Em M. Matzo, & D. W. Sherman, *Palliative Care Nursing: quality care to the end of life* (3ª ed., pp. 97-106). New York: Springer Publishing Company.
- Kreps, G. L. (2012). Communication and Palliative Care: E-Health Interventions and Pain Management. Em R. J. Moore, *Handbook of Pain and Palliative Care: Biobehavioral Approaches for the Life Course* (pp. 43-52). Rockville: Springer. **DOI:**10.1007/978-1-4419-1651-8
- Kübler-Ross, E. (2009). *On Death and Dying. What the dying have to teach doctors, nurses, clergy and their own families*. Oxford: Routledge.
- Langdon, E., & Wiik, F. (2010). Antropologia, Saúde e Doença: uma introdução ao conceito de cultura aplicado às ciências da saúde. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 18(3), 173-181.
- Lazure, H. (1994). *Viver a Relação de Ajuda - Abordagem teórica e prática de um critério de competência da enfermeira*. Lisboa: Lusodidacta.
- Le Boterf, G. (2006). Avaliar a competência de um profissional: Três dimensões a explorar. *Pessoal*, 60-63. Obtido em 21 de Maio de 2016, de <http://www.guyleboterf-conseil.com/Article%20evaluation%20version%20directe%20Pessoal.pdf>
- Lei n.º 52/2012 de 5 de Setembro. (2012). Lei de Bases dos Cuidados Paliativos. Diário da República, 1.ª série - N.º 172 (05.09.2012) 5119-5124. Obtido em 20 de Setembro de 2015, de <http://www.apcp.com.pt/uploads/leidebasesdoscp.pdf>
- Leow, M. Q., & Chan, S. W. (2011). Factors affecting caregiver burden of terminally ill adults in the home setting - A systematic review. *Joanna Briggs Library of Systematic Reviews*, 9(45), 1883-1916. **DOI:**10.11124/01938924-201109450-00001
- Levin, T. T. (2015). Discussing Cancer Prognosis. *Oncology Journal*, 29(2), 142-144. Obtido em 10 de Janeiro de 2016, de <http://www.cancernetwork.com/oncology-journal/discussing-cancer-prognosis>
- Luijckx, K. G., & Schols, J. M. (2011). Perceptions of terminally ill patients and family members regarding home and hospice as places of care at the end of life. *European Journal of Cancer Care*, 20(5), 577-584. **DOI:**10.1111/j.1365-2354.2010.01228.x

- Maciel, M. G., Felipe, C. P., Frederico, M. F., Ykeda, M., & Soares, M. L. (2006). Modelo de intervenção em cuidados paliativos: a experiência do HSPE-SP. Em C. A. Pimenta, D. D. Mota, & D. A. Cruz, *Dor e Cuidados Paliativos - Enfermagem, Medicina e Psicologia* (pp. 384-408). São Paulo: Manole.
- Malloy, P., Virani, R., Kelly, K., & Munévar, C. (2010). Beyond Bad News-Communication Skills of Nurses. *Journal of Hospice and Palliative Nursing*, 12(3), 166-174. DOI:10.1097/NJH.0b013e3181d99fee
- Marçal, T. (2004). Compaixão e Empatia. Em M. C. Neves, & S. Pacheco, *Para uma Ética de Enfermagem - Desafios* (pp. 277-290). Coimbra: Gráfica de Coimbra.
- Mariano, C. (2010). Holistic Integrative Therapies in Palliative Care. Em M. Matzo, & D. W. Sherman, *Palliative Care Nursing: Quality Care to the End of Life* (3ª ed., pp. 39-64). New York: Springer Publishing Company.
- Martins, L. (2004). Beneficência e Não Maleficência. Em M. C. Neves, & S. Pacheco, *Para uma Ética da Enfermagem - Desafios* (pp. 229-236). Coimbra: Gráfica de Coimbra.
- Martins, M. M., Fernandes, C. S., & Gonçalves, L. H. (2012). A família como foco dos cuidados de enfermagem em meio hospitalar: um programa educativo. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 65(4), 685-90. DOI:org/10.1590/S0034-71672012000400020
- Masso, M., Allingham, S., Banfield, M., Johnson, C., Pidgeon, T., Yates, P., & Eagar, K. (2015). Palliative care phase: inter-rater reliability and acceptability in a national study. *Palliative Medicine*, 29(1), 22-30. DOI:10.1177/0269216314551814
- Matsumoto, D. Y. (2012). Cuidados Paliativos: conceitos, fundamentos e princípios. Em R. T. Carvalho, & H. A. Parsons, *Manual de Cuidados Paliativos* (2ª ed., pp. 23-30). São Paulo: Academia Nacional de Cuidados Paliativos. Obtido em 20 de Junho de 2015, de www.paliativo.org.br/dl.php?bid=146
- Mazhindu, D. M. (2009). Ideal nurses and the emotional labour of nursing. *Nurse Researcher*, 16(2), 91-94. DOI:org/10.7748/nr2009.01.16.2.91.c6764
- McCormack, B., & McCance, T. (2010). *Person-Centred Nursing - Theory and Practice*. United Kingdom: Wiley-Blackwell.

- McEwen, A., & Harris, G. (2010). Communication: fundamental skills. Em S. Kraszewski, & A. McEwen, *Communication Skills for Adult Nurses* (pp. 1-22). England: Bell and Bain.
- Mendes, A. P. (2011). Diagnóstico espiritual e respectiva intervenção no doente e na prática. *Cadernos de Saúde*, 4(1), 53-62.
- Ministério da Saúde. (2007). Plano Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Oncológicas 2007/2010 - Orientações Programáticas. Lisboa: Ministério da Saude. Obtido em 20 de Junho de 2015, de http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/F1EE7092-2F30-4987-9A46-D7F105854521/0/PNPCDO_2007.pdf
- Moir, C., Roberts, R., Martz, K., Perry, J., & Tivis, L. J. (2015). Communicating with patients and their families about palliative and end-of-life care: comfort and educational needs of nurses. *International Journal of Palliative Nursing*, 21(3), 109-112. DOI:10.12968/ijpn.2015.21.3.109.
- Moore, P. M., Mercado, S. R., Artigues, M. G., & Lawrie, T. A. (2015). Communication skills training for healthcare professionals working with people who have cancer (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*. DOI:10.1002/14651858
- Muccillo, N. (2006). O preparo do corpo após a morte: aspectos culturais, cuidados físicos e emocionais. Em C. A. Pimenta, D. D. Mota, & D. A. Cruz, *Dor e Cuidados Paliativos: Enfermagem, Medicina e Psicologia* (pp. 347-359). São Paulo: Manole.
- Nascimento, H. (2010). Astenia. Em A. Barbosa, & I. G. Neto, *Manual de Cuidados Paliativos* (2ª ed., pp. 213-228). Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- National Cancer Action Team. (2012). *Holistic Needs Assessment for people with cancer: A practical guide for healthcare professionals*. England: National Health Service.
- National Consensus Project for Quality Palliative Care. (2013). *Clinical Practice Guidelines for Quality Palliative Care* (3ª ed.). Pittsburgh: National Consensus Project. Obtido em 2 de Julho de 2015, de http://www.nationalconsensusproject.org/NCP_Clinical_Practice_Guidelines_3rd_Edition.pdf

- Neto, I. G. (2010). Princípios e filosofia dos Cuidados Paliativos. Em A. Barbosa, & I. G. Neto, *Manual de Cuidados Paliativos* (2ª ed., pp. 1- 42). Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Neto, I. G. (2016). Cuidados Paliativos: Princípios e conceitos fundamentais. Em A. Barbosa, P. R. Pina, F. Tavares, & I. G. Neto, *Manual de Cuidados Paliativos* (3ª ed., pp. 1-22). Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Neto, I. G., Marques, A. L., Gonçalves, E., Domingos, H., & Feio, M. (2014). A propósito da criação da Competência de Medicina Paliativa. *Cuidados Paliativos*, 1(1), 13-16. Obtido em 10 de Agosto de 2015, de http://www.apcp.com.pt/uploads/revista_cp_vol_1_n_1.pdf
- Norlander, L. (2008). *To Comfort Always: A Nurse's Guide to End-of-Life Care*. Indianapolis: Honor Society of Nursing.
- Norton, S. A., Metzger, M., DeLuca, J., Alexander, S. C., Quill, T. E., & Gramling, R. (2013). Palliative Care Communication: Linking Patients' Prognoses, Values, and Goals of Care. *Research in Nursing & Health*, 36(6), 582–590. DOI:10.1002/nur.21563
- Nyatanga, B. (2014). Does humour have a place in palliative care? *British Journal of Community Nursing*, 19(4), 202. DOI:10.12968/bjcn.2014.19.4.202
- O'Hagan, S., Manias, E., Elder, C., Pill, J., Woodward-Kron,, R., McNamara, T., . . . McColl, G. (2013). What counts as effective communication in nursing? Evidence from nurse educators' and clinicians' feedback on nurse interactions with simulated patients. *Journal of Advanced Nursing*, 70(6), 1344-1356. DOI:10.1111/jan.12296
- Oliveira, C. S. (2013). Conforto e Bem-estar enquanto Conceitos em Uso em Enfermagem. *Pensar Enfermagem*, 17(2), 2-8. Obtido em 8 de Setembro de 2015, de [http://pensarenfermagem.esel.pt/files/PE17-2_Artigo1_2_8\(1\).pdf](http://pensarenfermagem.esel.pt/files/PE17-2_Artigo1_2_8(1).pdf)
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Lisboa. Obtido em 7 de Junho de 2015, de http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2012). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem - Enquadramento Conceptual, Enunciados Descritivos. *Divulgar*, 19. Obtido em 10 de Junho de 2015, de

<http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulgar%20-%20padroes%20de%20qualidade%20dos%20cuidados.pdf>

- Ordem dos Enfermeiros. (2015a). *Regulamento n.º 188/2015 - Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa*. Lisboa. Obtido em 15 de Junho de 2015, de http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_188_2015_Competencias_Especificas_EE_Pessoa_Situacao_Cronica_Paliativa.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2015b). *Deontologia Profissional de Enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Obtido em 27 de Janeiro de 2016, de http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/LivroCJ_Deontologia_2015_Web.pdf
- Parikh, R. B., Kirch, R. A., & Brawley, O. W. (2015). Advancing a quality-of-life agenda in cancer advocacy: Beyond the war metaphor. *JAMA Oncology*, 1(4), 423-424. DOI:10.1001/jamaoncol.2015.0925.
- Parsons, H. A. (2012). Caquexia e anorexia. Em R. T. Carvalho, & H. A. Parsons, *Manual de Cuidados Paliativos* (2ª ed., pp. 213-223). São Paulo: Academia Nacional de Cuidados Paliativos. Obtido em 20 de Junho de 2015, de www.paliativo.org.br/dl.php?bid=146
- Perrin, K. O. (2010). Communication with Seriously ill and Dying Patients, Their Families, and Their Health Care Providers. Em M. Matzo, & D. W. Sherman, *Palliative Care Nursing: Quality Care to the End of Life* (3ª ed., pp. 169-186). New York: Springer Publishing Company.
- Peters, M. D., Godfrey, C. M., McInerney, P., Soares, C. B., Khalil, H., & Parker, D. (2015). *Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual 2015: Methodology for JBI Scoping Reviews*. South Australia: The Joanna Briggs Institute.
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência.
- Pinto, A. C. (2014). A relação de ajuda nos cuidados paliativos: a abordagem humanista de Carl Rogers. *Cuidados Paliativos*, 1(1), 62-69. Obtido em 10 de Agosto de 2015, de http://www.apcp.com.pt/uploads/revista_cp_vol_1_n_1.pdf

- Pollak, K. I., Childers, J. W., & Arnold, R. M. (2011). Applying Motivational Interviewing Techniques to Palliative Care Communication. *Journal of Palliative Medicine*, 14(5), 587-592. DOI:10.1089/jpm.2010.0495
- Potter, M. L. (2010). Loss, Suffering, Grief, and Bereavement. Em M. Matzo, & D. W. Sherman, *Palliative care nursing: Quality Care to the End of Life* (3ª ed., pp. 199-226). New York: Springer Publishing Company.
- Querido, A. (2012). Dimensões da esperança em cuidados paliativos. Em A. Barbosa, *Investigação Qualitativa em Cuidados Paliativos* (pp. 1-20). Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Querido, A., Salazar, H., & Neto, I. G. (2010). Comunicação. Em A. Barbosa, & I. G. Neto, *Manual de Cuidados Paliativos* (2ª ed., pp. 461-485). Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Querido, A., Salazar, H., & Neto, I. G. (2016). Comunicação. Em A. Barbosa, P. R. Pina, F. Tavares, & I. G. Neto, *Manual de Cuidados Paliativos* (3ª ed., pp. 815-832). Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Reigada, C., Pais-Ribeiro, J. L., Novellas, A., & Pereira, J. L. (2014). Integração da família nos cuidados ao doente: até onde podemos ir? *Onco.news*, 7(26), 32-37. Obtido em 20 de Setembro de 2016, de https://www.researchgate.net/publication/265516906_Integracao_da_familia_nos_cuidados_ao_doente_ate_onde_podemos_ir
- Ribeiro, J. L. (2014). Revisão de investigação e evidência científica. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 15(3), 671- 682. DOI:org/10.15309/14psd150309
- Riley, J. B. (2004). *Comunicação em Enfermagem* (4ª ed.). Loures: Lusodidacta.
- Rodrigues, I. G., & Zago, M. (2006). O papel da enfermeira nos cuidados paliativos. Em C. A. Pimenta, D. D. Mota, & D. A. Cruz, *Dor e Cuidados Paliativos: Enfermagem, Medicina e Psicologia* (pp. 434-449). São Paulo: Manole.
- Salomé, J. (1995). *Relação de Ajuda: Guia para Acompanhamento Psicológico de Apoio Pessoal, Familiar e Profissional*. Petrópolis: Vozes.
- Samara, J., Larkin, D., Chan, C. W., & Lopez, V. (2013). Advance care planning in the oncology settings. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, 11(2), 110-114. DOI:10.1111/1744-1609.12011
- Sapeta, P., & Lopes, M. (2014). Processo de Interação Enfermeiro-Doente, em Fim de Vida, num Hospital de Agudos. *Cuidados Paliativos*, 1(1), 35-44. Obtido em

- 10 de Agosto de 2015, de http://www.apcp.com.pt/uploads/revista_cp_vol_1_n_1.pdf
- Saporetti, L. A., Andrade, L., Sachs, M. F., & Guimarães, T. V. (2012). Diagnóstico e abordagem do sofrimento humano. Em R. T. Carvalho, & H. A. Parsons, *Manual de Cuidados Paliativos* (2ª ed., pp. 42-55). São Paulo: Academia Nacional de Cuidados Paliativos. Obtido em 20 de Junho de 2015, de www.paliativo.org.br/dl.php?bid=146
- Schapira, L., & Steensma, D. P. (2012). Truth Telling and Palliative Care. Em R. J. Moore, *Handbook of Pain and Palliative Care: Biobehavioral Approaches for the Life Course* (pp. 35-42). Rockville: Springer. DOI:10.1007/978-1-4419-1651-8
- Schuster, P. M., & Nykolyn, L. (2010). *Communication for nurses : how to prevent harmful events and promote patient safety*. Philadelphia: F.A. Davis Company.
- Sherman, D. W. (2010). Culture and Spirituality as Domains of Quality Palliative Care. Em M. Matzo, & D. W. Sherman, *Palliative Care Nursing: Quality Care to the End of Life* (3ª ed., pp. 3-38). New York: Springer Publishing Company.
- Silva, M. J. (2012). Comunicação de Más Notícias. *O Mundo da Saúde*, 36(1), 49-53. Obtido em 22 de Agosto de 2016, de http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/artigos/mundo_saude/comunicacao_mas_noticias.pdf
- Silva, M. J., & Araújo, M. M. (2012). Comunicação em Cuidados Paliativos. Em R. T. Carvalho, & H. A. Parsons, *Manual de Cuidados Paliativos* (2ª ed., pp. 75-85). São Paulo: Academia Nacional de Cuidados Paliativos. Obtido em 20 de Junho de 2015, de www.paliativo.org.br/dl.php?bid=146
- Silva, S. C., & Alvarenga, M. I. (2014). Informação e comunicação – um olhar ético. *Cuidados Paliativos*, 1(1), 45-51. Obtido em 10 de Agosto de 2015, de http://www.apcp.com.pt/uploads/revista_cp_vol_1_n_1.pdf
- Simões, R. M., & Rodrigues, M. A. (2010). Relação de ajuda no desempenho dos cuidados de Enfermagem a doentes em fim de vida. *Escola Anna Nery*, 14(3), 485-489. DOI:10.1590/S1414-81452010000300008.
- Smith, T. J., Temin, S., Alesi, E. R., Abernethy, A. P., Balboni, T. A., Basch, E. M., . . . Loscalzo, M. (2012). American Society of Clinical Oncology Provisional Clinical Opinion: The Integration of Palliative Care into Standard Oncology Care. *Journal of Clinical Oncology*, 30(8), 880-887. DOI:10.1200/JCO.2011.38.5161

- Stajduhar, K. I., Thorne, S. E., McGuinness, L., & Kim-Sing, C. (2010). Patient perceptions of helpful communication in the context of advanced cancer. *Journal of Clinical Nursing*, 19(13-14), 2039-2047. DOI:10.1111/j.1365-2702.2009.03158.x
- Stiefel, F., Favre, N., & Despland, J. N. (2006). Communication Skills Training in Oncology: It Works! Em P. M. Schlag, & H. J. Senn, *Communication in Cancer Care* (pp. 113-119). New York: Springer.
- Strang, S., Henoch, I., Danielson, E., Browall, M., & Melin-Johansson, C. (2014). Communication about existential issues with patients close to death-nurses' reflections on content, process and meaning. *Psycho-Oncology*, 23(5), 562-568. DOI:10.1002/pon.3456
- Tay, L. H., Hegney, D. G., & Ang, E. (2010). A systematic review on the factors affecting effective communication between registered nurses and oncology adult patients in an inpatient setting. *The Joanna Briggs Institute Library of Systematic Reviews*, 8(22), 869-916. Obtido em 3 de Outubro de 2015, de http://ovidsp.tx.ovid.com/sp-3.23.1b/ovidweb.cgi?&S=OOMLFPMAGHDDLHLPNCHKHBIBBCKNAA00&Link+Set=S.sh.47%7c4%7csl_190
- The Joanna Briggs Institute. (2011). Effective communication between registered nurses and adult oncology patients in inpatient settings. *Best Practice: Evidence-based information sheets for health professionals*, 15(1), 1-4. Obtido em 3 de Outubro de 2015, de <http://connect.jbiconnectplus.org/ViewSourceFile.aspx?0=7112>
- Thomas, J. D., & Arnold, R. M. (2011). Giving Feedback. *Journal of Palliative Medicine*, 14(2), 233-239. DOI:10.1089/jpm.2010.0093
- Trincão, V. (2012). Comunicação intrafamiliar sobre o final de vida e a morte. Em A. Barbosa, *Investigação Qualitativa em Cuidados Paliativos* (pp. 199-222). Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Twycross, R. (2003). *Cuidados Paliativos* (2ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Vendlinski, S., & Kolcaba, K. Y. (1997). Comfort care: a framework for hospice nursing. *American Journal of Hospice & Palliative Care*, 14(6), 271-276. DOI:abs/10.1177/104990919701400602

- Vertino, K. A. (2014). Effective Interpersonal Communication: A Pratical Guide to Improve Your Life. *The Online Journal of Issues in Nursing*, 19(3).
DOI:10.3912/OJIN.Vol19No03Man01
- Weissman, D. E., Quill, T. E., & Arnold, R. M. (2010). The Family Meeting: Starting the Conversation. *Journal of Palliative Medicine*, 13(2), 204-205.
DOI:10.1089/jpm.2010.9878.
- Wittenberg-Lyles, E., Goldsmith, J., Ferrel, B., & Ragan, S. L. (2012). *Communication in Palliative Nursing*. New York : Oxford University Press.
- World Health Organization. (2015). Cancer - Fact sheet N°297. Obtido em 16 de Março de 2015, de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/>
- World Health Organization. (2016). *Programmes: Cancer*. Obtido em 3 de Maio de 2016, de <http://www.who.int/cancer/en/>
- Worldwide Palliative Care Alliance. (2014). *Global Atlas of Palliative Care at the End of Life*. Obtido em 10 de Agosto de 2015, de World Health Organization: http://www.who.int/nmh/Global_Atlas_of_Palliative_Care.pdf

APÊNDICES

Apêndice I: Caracterização da equipa intra-hospitalar de suporte
em cuidados paliativos

CARACTERIZAÇÃO DA EQUIPA INTRA-HOSPITALAR DE SUPORTE EM CUIDADOS PALIATIVOS

A equipa intra-hospitalar de suporte em cuidados paliativos na qual realizei o estágio, é constituída por uma equipa multidisciplinar com formação avançada em cuidados paliativos com espaço físico próprio para a coordenação das suas atividades. Integra dois médicos, cinco enfermeiros, um psicólogo e um assistente social, cumprindo desta forma os critérios legalmente exigidos para o exercício das suas funções.

A missão da equipa é prestar cuidados ativos, coordenados e globais, a pessoas/famílias em situação de sofrimento decorrente de doença oncológica avançada e progressiva, com o principal objetivo de promover o seu bem-estar e qualidade de vida. Para este efeito presta aconselhamento diferenciado em cuidados paliativos aos serviços do hospital (para os quais seja solicitada a sua atuação), fazendo orientação do plano individual de intervenção à pessoa com doença oncológica em estado avançado ou fim de vida e/ou seus familiares/cuidadores. A prossecução deste objetivo traduz-se em cuidados holísticos que têm como finalidade o controlo de sintomas físicos, psicológicos, sociais, emocionais e espirituais.

Pode ser referenciada a esta equipa qualquer pessoa com doença oncológica que tenha necessidade de cuidados paliativos e que esteja internada no hospital. Para ser admitida na equipa a referência deve ser realizada pelo médico assistente, por escrito, telefonicamente ou por correio eletrónico, e pode ocorrer durante o seu horário de funcionamento (todos os dias úteis das 8 às 16 horas). A prioridade da resposta será condicionada pela avaliação efetuada pela equipa. Será dada prioridade às situações que envolvam pessoas e/ou familiares/cuidadores para os quais a equipa de referência manifeste maior dificuldade ou cuja complexidade exija uma maior diferenciação nos cuidados. Os profissionais da equipa prestam também serviço de assistência domiciliária, no mesmo horário de funcionamento, mas em todos os dias do ano. Os critérios para admissão no serviço de assistência domiciliária são os seguintes: a pessoa deve estar inscrita no hospital; ter doença avançada e progressiva; ser referenciada pelo médico assistente; ter um cuidador identificado; ter residência na área definida pelo hospital e aceitar o apoio da equipa.

Apêndice II: Revisão *Scoping* da literatura

ESTRATÉGIAS DE COMUNICAÇÃO UTILIZADAS PELOS ENFERMEIROS NA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS À PESSOA COM DOENÇA ONCOLÓGICA EM SITUAÇÃO PALIATIVA E SEUS FAMILIARES: UMA REVISÃO SCOPING.

BACKGROUND

Ser diagnosticado com uma doença oncológica cria sofrimento psicológico e uma necessidade substancial de apoio informacional e emocional ⁽¹⁾ e, muitas vezes, uma associação a morte. No momento inicial do diagnóstico, a pessoa com doença oncológica embarca numa jornada de tratamentos com termos médicos desconhecidos, novos prestadores de cuidados de saúde, incertezas dos resultados e flutuações de esperança devido ao efeito perturbador da doença/tratamentos ⁽²⁾. Também sentimentos de ameaça, ansiedade, perda, incerteza e privação na satisfação das necessidades geram sofrimento, especialmente perante a incurabilidade da doença que sugere uma ideia de finitude e proximidade da morte ⁽³⁾. Ao longo deste processo, os cuidados paliativos surgem como uma resposta a este sofrimento, já que são cuidados ativos, coordenados e globais, prestados a pessoas em sofrimento decorrente de doença incurável ou grave, assim como às suas famílias, com o principal objetivo de promover o seu bem-estar e qualidade de vida, através da prevenção e alívio do sofrimento físico, psicológico, social e espiritual ⁽⁴⁾. Globalmente, mais de 20,4 milhões de pessoas/famílias precisam anualmente de cuidados paliativos, e o número estimado de adultos (69% têm idade superior a 60 anos) com necessidade destes cuidados no final da vida é superior a 19 milhões ⁽⁵⁾. Revela-se desta forma importante, o desenvolvimento de uma prática precoce de cuidados paliativos, uma vez que estes permitem alcançar o alívio de problemas físicos, psicossociais e espirituais em mais de 90% das pessoas com cancro, ajudando-as a viver confortavelmente ⁽⁶⁾. Sendo a pessoa e a sua família, a unidade recetora de cuidados, os familiares devem ser ativamente incorporados nos cuidados, para que, de forma concertada e

construtiva, possam compreender, aceitar e colaborar nos ajustes que a doença e a pessoa doente determinam ⁽⁷⁾, pois quando um dos elementos da família adoece, o impacto da doença estende-se a todo o universo familiar ⁽⁸⁾. Fica por isso premente a necessidade de minorar o sofrimento da pessoa/família, promovendo a sua autonomia, funcionalidade e conforto ⁽⁹⁾. Visando o conforto da pessoa com doença oncológica em situação paliativa e seus familiares, a comunicação impera enquanto intervenção autónoma de Enfermagem ⁽¹⁰⁾, e um dos pilares de intervenção em cuidados paliativos ^(11,12), porque estes dependem fortemente da comunicação ⁽¹³⁾.

A comunicação é um instrumento básico dos cuidados de Enfermagem, e sendo o cerne das relações humanas, é um fator determinante na construção de uma relação terapêutica que permita aceder com dignidade a todas as dimensões da pessoa/família durante o processo de cuidados ⁽¹⁴⁾.

Neste entendimento, a comunicação é a pedra angular da relação enfermeiro-pessoa/família ⁽¹⁾, e como tal, pode facilitar o desenvolvimento de uma relação terapêutica ou contribuir para a criação de barreiras ao desenvolvimento dessa relação, se não for adequada e oportunamente mobilizada, pois o que é dito e expresso transmite uma mensagem ao outro ⁽¹⁵⁾.

Pela carga emocional subjacente, a comunicação em oncologia e cuidados paliativos é ímpar e desafiadora, e pouca atenção tem sido dada às especificidades comunicacionais dos enfermeiros que cuidam da pessoa com doença oncológica em situação paliativa e seus familiares ⁽¹⁶⁾. Reconhecendo esta sub-otimização da comunicação ⁽¹⁷⁾, importa o desenvolvimento de uma comunicação eficaz que acompanhe, escute, aceite, conforte, valorize e respeite os valores e crenças de cada pessoa/família ⁽¹⁸⁾. Por conseguinte, a comunicação carece da devida eficácia por parte do enfermeiro, o que implica a compreensão do que constitui uma comunicação eficaz durante a interação ⁽¹⁹⁾.

Comunicar de forma eficaz significa que foi transmitida e recebida a mensagem pretendida ⁽¹⁷⁾, dado que a comunicação não é uma simples troca de mensagens de forma intuitiva, é antes uma intervenção intencional que deve ser planeada diante cada interação para que seja adequada ao propósito que se pretende atingir ⁽²⁰⁾. Admite-se por isso que em cuidados paliativos, os aspetos que envolvem a eficácia do processo de comunicação devam ser alvo de rigor, técnica e treino, e merecedores de maior atenção por parte dos profissionais de saúde ⁽²¹⁾, pois a qualidade da comunicação “não se resume a aprender algumas técnicas e gestos” ^(22,p.86).

Entendendo que a utilização de estratégias de comunicação tem um impacto positivo na qualidade das interações ⁽²³⁾, e que a sua utilização de forma eficaz e apropriada confere aos enfermeiros maior satisfação pessoal e profissional ⁽²⁴⁾, importa compreender que estratégias de comunicação utilizam os enfermeiros na prestação de cuidados à pessoa com doença oncológica em situação paliativa e seus familiares. Neste contexto, foi realizada uma pesquisa preliminar nas bases de dados *CINAHL*, *MEDLINE* e no *Joanna Briggs Institute Evidence-Based Practice Resources on Ovid*, no sentido de encontrar protocolos de revisões *scoping* ou revisões *scoping* que aludissem à temática, contudo, os mesmos não foram encontrados. Reconhecendo que as revisões *scoping* avaliam a extensão de um corpo de literatura para que pesquisas adicionais possam acrescentar algo ao conhecimento existente ⁽²⁵⁾, ficou apoiada a pertinência da presente revisão. A sua construção pretendeu mapear o conhecimento existente no âmbito das estratégias de comunicação utilizadas pelos enfermeiros na prestação de cuidados à pessoa com doença oncológica em situação paliativa e seus familiares. O procedimento metodológico utilizado foi o proposto no manual de revisões *scoping* do *Joanna Briggs Institute* ⁽²⁵⁾.

QUESTÃO DA REVISÃO

A questão da revisão foi construída segundo a mnemónica “PCC” (População, Conceito e Contexto). A população é representada pela pessoa com doença oncológica em situação paliativa e seus familiares, o conceito diz respeito às estratégias de comunicação utilizadas pelos enfermeiros e o contexto integra a prestação de cuidados nos seus diferentes contextos (domicílio, hospital, ambulatório, unidade de cuidados paliativos, outros). Esta mnemónica traduz-se na seguinte questão de investigação: *Quais as estratégias de comunicação utilizadas pelos enfermeiros na prestação de cuidados à pessoa com doença oncológica em situação paliativa e seus familiares?*

OBJETIVOS

Os objetivos da presente revisão *scoping* são: mapear as estratégias de comunicação utilizadas pelos enfermeiros na prestação de cuidados à pessoa com doença oncológica em situação paliativa e seus familiares, e identificar áreas de investigação futuras neste âmbito.

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

No quadro 1 são apresentados os critérios de inclusão e exclusão utilizados para a seleção dos textos da revisão. Estes dizem respeito aos participantes; conceito; contexto; tipo de texto; data de publicação; idioma de publicação e disponibilidade do texto.

Quadro nº 1: Apresentação dos critérios de inclusão e exclusão utilizados para a seleção dos textos da revisão.

CRITÉRIOS DE SELEÇÃO		
	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO
PARTICIPANTES	-Pessoa com doença oncológica em situação paliativa que se encontre em idade adulta (idade $\geq$ a 19 anos ¹); -Famíliares da pessoa com doença oncológica em situação paliativa; -Enfermeiros.	Pessoa com doença oncológica em situação paliativa que não se encontre em idade adulta.
CONCEITO	Estratégias de comunicação utilizadas pelos enfermeiros.	Documentos que não identifiquem estratégias de comunicação dos enfermeiros.
CONTEXTO	Todos os contextos de cuidados (domicílio, hospital, ambulatório, unidade de cuidados paliativos, outros).	-
TIPO DE TEXTO	Todo o tipo de literatura existente (revisões da literatura; estudos qualitativos, quantitativos ou mistos publicados ou não publicados; teses de mestrado e doutoramento; opiniões de peritos; reflexões críticas; <i>guidelines</i> ; relatórios; estudos de caso, outros).	-
DATA DE PUBLICAÇÃO	Entre Janeiro de 2010 e Dezembro de 2015.	Anterior a Janeiro de 2010.
IDIOMA DE PUBLICAÇÃO	Português, Inglês ou Espanhol.	Documentos cujo idioma não seja o Português, Inglês ou Espanhol.
DISPONIBILIDADE DO TEXTO	<i>Full text.</i>	Ausência de <i>full text</i> .

¹ Nas bases de dados CINAHL e MEDLINE são definidos como “todos os adultos” (*all adult*), pessoas com idade igual ou superior a 19 anos.

ESTRATÉGIA DE PESQUISA

A estratégia de pesquisa adotada pretendeu encontrar documentos publicados e não publicados. Recorrendo à plataforma agregadora de bases de dados *EBSCOhost*, foi realizada uma pesquisa nas bases de dados *CINAHL Plus with Full Text* e *MEDLINE with Full Text* por forma a extrair as palavras em linguagem natural que aludiam aos critérios de inclusão. Tendo em conta o grau de relevância no título e resumo de cada documento, foram identificados como palavras-chave ou termos de pesquisa: “*communication*”, “*nursing*”, “*oncology*” e “*palliative*”.

Relativamente aos documentos publicados, no que diz respeito à pesquisa efetuada na base de dados *CINAHL*, recorreu-se ao *CINAHL Headings* para encontrar os termos indexados a cada palavra-chave. Utilizando as expressões booleanas *OR* e *AND* foram encontrados 255 estudos. Aplicando como limitadores da pesquisa o intervalo temporal entre 2010-2015, a existência de disponibilidade do texto em *full-text* e a idade dos participantes ($\geq$ a 19 anos), resultaram 24 estudos (Apêndice I). Pela leitura do título e do resumo dos 24 estudos encontrados, 4 reuniam os critérios de inclusão e integraram a revisão.

A pesquisa realizada na base de dados *MEDLINE* seguiu o mesmo procedimento metodológico. Como tal, recorreu-se ao *MeSH2015* por forma a encontrar os termos indexados a cada palavra-chave. Utilizando as expressões booleanas *OR* e *AND* foram encontrados 187 estudos. Aplicando como limitadores da pesquisa o intervalo temporal entre 2010-2015, a existência de disponibilidade do texto em *full-text* e a idade dos participantes ($\geq$ a 19 anos), resultaram 16 estudos (Apêndice II). Pela leitura do título e do resumo, e excluindo 2 estudos repetidos, dos 16 estudos encontrados, um deles cumpriu os critérios de inclusão e integrou a revisão.

Ainda relativamente a documentos publicados, foi realizada pesquisa no *Joanna Briggs Institute Evidence-Based Practice Resources on Ovid*, utilizando um procedimento metodológico semelhante. Pela especificidade da base de dados, apenas a palavra-chave “*communication*” apresentava termos indexados (“*information seeking behavior*” or “*language*” or “*literacy*” or “*narration*” or “*negotiating*” or “*nonverbal communication*” or “*teach-back communication*” or “*verbal behavior*”), permanecendo as restantes palavras-chave sem termos indexados. Este aspeto não limitou a pesquisa pois cada palavra-chave tinha um número significativo de documentos associados: “*nursing*” (2160); “*oncology*” (348) e “*palliative*” (320). Da

pesquisa efetuada resultaram 3 estudos (Apêndice III). Após a leitura na íntegra de cada estudo, 1 deles cumpria os critérios de inclusão e integrou a revisão.

No que respeita a documentos não publicados, utilizando os termos de pesquisa supracitados, foi feita pesquisa na base de dados do centro de documentação da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL) e no Google Académico. Na base de dados do centro de documentação da ESEL, não foram encontrados documentos que cumprissem os critérios de inclusão. A pesquisa efetuada no Google Académico conduziu à biblioteca digital de Teses e Dissertações da Universidade de São Paulo, base de dados onde constava uma Tese de Doutoramento que reunia os critérios de inclusão e que integrou a revisão.

APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Os sete documentos selecionados após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão foram sujeitos a leitura na íntegra. Esta leitura foi efetuada com o intuito de obter uma compreensão global de cada um deles. Nos quadros 2, 3, 4, 5, 6, 7 e 8 que se seguem, estão expostas as características dos documentos incluídos na presente revisão *scoping*. Cada quadro apresenta os dados de cada documento analisado (por ordem cronológica de publicação do documento) com os seguintes campos de extração: o autor/ano de publicação; o tipo de texto/metodologia; os objetivos; os participantes e os resultados.

Quadro nº 2: Apresentação dos dados do documento: “*A systematic review on the factors affecting effective communication between registered nurses and oncology adult patients in an inpatient setting*”.

Autores e ano de publicação	Tay, Hegney & Ang (2010) ⁽²⁶⁾
Tipo de texto/ Metodologia	Revisão sistemática da literatura (8 estudos incluídos). Três estudos quantitativos, em que um foi considerado de moderada a baixa qualidade e os outros dois foram considerados de moderada a alta qualidade. Dos cinco estudos qualitativos, três foram considerados estudos de qualidade moderada, um de alta qualidade e outro de baixa qualidade. Os estudos incluíram enfermeiros que cuidaram de pessoas internadas em contextos de oncologia (em diferentes estádios da doença, incluindo o paliativo), em países como a Suécia, Noruega, Pequim, Inglaterra, Texas e Holanda.

Objetivos	Estabelecer a melhor evidência disponível sobre os fatores que afetam a eficácia da comunicação entre os enfermeiros e a pessoa com doença oncológica internada em contexto hospitalar.
Participantes	Enfermeiros que exercem funções em serviços de oncologia.
Resultados	A evidência sugere que a comunicação enfermeiro-pessoa/família se concentra na colheita de informações, informações sobre a doença, opções de tratamento e resultados de exames. Nesta ótica, os enfermeiros tendiam a dar informações, muitas vezes não solicitadas, para manterem o diálogo longe do que eram para si “áreas desconfortáveis”. Por conseguinte, os comportamentos inibidores apresentados pelos enfermeiros relativamente a tópicos emocionalmente carregados (dificuldade em lidar com cenários clínicos como a morte, e na prestação de cuidados psico-emocionais) indicaram que os enfermeiros devem trabalhar “mais de perto” com a pessoa, pois aqueles que careciam de respeito, preocupação e empatia, impediam uma comunicação eficaz. Com foco na execução de tarefas, verificou-se que os enfermeiros negligenciaram os aspetos humanos dos cuidados, utilizando uma aproximação indiferente e rotinizada. A evidência demonstrou também que a pessoa oferece pistas para expressar as suas preocupações, mas os enfermeiros não respondem oportunamente a essas pistas. A partir destes dados, os autores concluíram que os enfermeiros precisam munir-se de boas competências e estratégias de comunicação interpessoais, de modo a demonstrarem eficácia durante as interações. Relativamente ao <i>timing</i> em que ocorre a comunicação, os enfermeiros devem ter consciência da “prontidão psicológica” da pessoa para comunicar, bem como respeitar a sua preferência, isto é, <i>com quem quer</i> partilhar os seus pensamentos e emoções. Como tal, reconhecendo que os enfermeiros são uma fonte credível de informações, podem usar a partilha das mesmas como uma abordagem “não-ameaçadora” para introduzir o processo de comunicação com a pessoa, incentivando-a a fazer perguntas, participar nos seus cuidados e expressar os seus medos e preocupações abertamente. Características pessoais do enfermeiro como a genuinidade e a competência foram identificadas como fatores que influenciam a eficácia da comunicação. A comunicação saiu reforçada quando os enfermeiros demonstraram um cuidado e preocupação genuínos. Isso incluiu um contato visual adequado, o toque, ser empático, envolver-se no diálogo e utilizar o tom de voz apropriado. Os enfermeiros que demonstraram estas características aumentaram os níveis de confiança da pessoa no profissional. Neste âmbito, os autores inferiram que os programas de formação podem melhorar as competências de comunicação dos enfermeiros perante a <i>recepção</i> e <i>resposta</i> emocional oferecida pela pessoa com doença oncológica, competências essas que podem fortalecer a autoconfiança do profissional.

Quadro nº 3: Apresentação dos dados do documento: *“Nurses’ Perceptions and Experiences with End-of-Life Communication and Care”*.

Autores e ano de publicação	Boyd, Merkh, Rutledge, & Randall (2011) ⁽²⁷⁾
Tipo de texto/ Metodologia	Estudo descritivo correlacional decorrido em unidades de internamento de oncologia e outros contextos de oncologia de um hospital do sul da Califórnia com mais de 500 camas.
Objetivos	Caracterizar as atitudes dos enfermeiros de oncologia em relação aos cuidados em final de vida, as suas experiências sobre as discussões com a pessoa em fase terminal (por doença oncológica) e seus familiares, e a sua prática de cuidados paliativos.
Participantes	31 Enfermeiros. A amostra é predominantemente do sexo feminino (n=29) e de raça caucasiana (n=21). Dos participantes, 13% referiram ter uma herança latina ou latino-americana enquanto 19% referiram ser asiáticos ou oriundos das Ilhas do Pacífico. Relativamente ao nível educacional em Enfermagem, 45% dos participantes tinham bacharelato e uma experiência média de 15,6 anos de profissão e 9,9 anos de trabalho hospitalar. A maior parte da amostra trabalhou em unidades de internamento de oncologia (n=19), enquanto os restantes trabalharam em outros contextos de oncologia (hospital de dia, radioterapia). Vinte e um participantes (68%) eram da prestação direta de cuidados; 58% (n=18) tiveram formação académica em cuidados paliativos e aproximadamente o mesmo número de participantes (n=19) tinha recebido treino sobre cuidados paliativos nos últimos cinco anos. O número médio de pessoas em situação terminal cuidadas por cada enfermeiro nos últimos três meses foi de 7,2 embora 16% da amostra (n=5) não tenha cuidado de pessoas em situação terminal ou não tenha respondido a esta questão.
Resultados	Em média, os enfermeiros cuidaram mais de sete pessoas em situação terminal durante um período de três meses, mas apenas discutiram cuidados paliativos com um terço dessas pessoas e seus familiares. Os participantes do estudo referem que o enfermeiro deve ter o cuidado de avaliar com precisão a disposição da pessoa e dos membros da família em aceitar os cuidados paliativos ou um prognóstico terminal. A falta de aceitação desta realidade por parte da pessoa/família foi a barreira mais importante para as discussões sobre cuidados paliativos. Contudo, a percepção de que discutir a possibilidade de cuidados paliativos remete para a perda de esperança (29%) ou a noção de que o doente quer que o seu médico determine o melhor plano de assistência (69%) também motivaram a que os enfermeiros não discutissem esta temática. Os autores do estudo concluíram que estas oportunidades de discussão “perdidas” podem refletir as atitudes dos enfermeiros, e devem ser reduzidas, de modo a que as decisões sobre os cuidados possam ser baseadas na melhor evidência e os resultados possam ser melhorados. Nesta ótica,

	propõem que sejam desenvolvidas estratégias de comunicação eficazes que permitam aos enfermeiros ter uma voz mais “forte” durante este momento crítico para a pessoa/família, por forma a promover interações adequadas e menos “agressivas”. Como tal, referem a necessidade de desenvolver programas de formação que melhorem a capacidade dos enfermeiros na definição de intervenções eficazes. Estes programas podem integrar discussões baseadas em casos particulares que gerem debates reflexivos. Outra estratégia de formação poderá ser a utilização de “enfermeiros-modelo” que discutam de forma eficaz estas questões, na presença de outros enfermeiros menos experientes.
--	---

Quadro nº 4: Apresentação dos dados do documento: *“Comunicação em cuidados paliativos: proposta educacional para profissionais de saúde”*.

Autor e ano de publicação	Araújo (2011) ⁽²⁸⁾
Tipo de texto/ Metodologia	Estudo quase experimental com abordagem quantitativa e qualitativa realizado nas dependências da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP) e em quatro instituições de saúde da cidade de São Paulo que possuíam equipas de cuidados paliativos.
Objetivos	Conceber, aplicar e avaliar a eficácia de um programa de capacitação em comunicação interpessoal em cuidados paliativos.
Participantes	303 profissionais de saúde. A amostra foi composta predominantemente por enfermeiros (n=127) e auxiliares ou técnicos de enfermagem (n=89). A média de idade foi de 39,3 anos. Do total de participantes, 261 eram do género feminino. A amostra mostrou-se heterogénea em relação ao tempo de contacto com pessoas em situação paliativa, variando de poucos meses a quase duas décadas, com tempo médio de 9,7 anos. Quanto à formação prévia em cuidados paliativos, mais de dois terços da amostra (n=211) afirmou nunca ter tido qualquer tipo de capacitação.
Resultados	A utilização de estratégias comunicacionais para estabelecer um vínculo de confiança com a pessoa e prover apoio emocional, é condição <i>sine qua non</i> para um cuidado multidimensional efetivo. Contudo, os participantes do estudo citaram estratégias comunicacionais inadequadas perante um contexto paliativo ou expressões subjetivas tais como solidariedade, compaixão, apoio, atenção, carinho, entre outras, que embora definam ou descrevam sentimentos, não se caracterizam como estratégias de comunicação. Segundo a autora, estes dados denotam a dificuldade dos profissionais em diferenciar sentimentos, de intervenções comunicacionais. Como tal, considerou urgente a educação dos profissionais no que respeita à utilização de estratégias de comunicação para a interação e inter-relação com a pessoa em situação paliativa, dado que, os profissionais mais experientes não são necessariamente mais competentes ao lidar com os problemas relativos à comunicação, pois as competências

	de comunicação não são adquiridas com o tempo, mas sim com a adequada capacitação. Quando solicitados a citar duas estratégias de comunicação verbal que utilizariam na interação com a pessoa em situação paliativa, a maioria dos participantes (n=175 - 57,7%) não afirmou pelo menos uma estratégia adequada. Segundo a autora estes resultados mostraram-se preocupantes, uma vez que a correta utilização de estratégias de comunicação verbal pelo profissional de saúde permite clarificar e validar informações que auxiliam na identificação das necessidades da pessoa/família. Contudo, é de ressaltar que o índice médio de acerto a esta questão aumentou em 50% após a capacitação. Além disso, antes da capacitação os profissionais citaram mais perguntas direcionadas para a investigação da doença/tratamento, e após a capacitação demonstraram com maior frequência a preocupação com a afirmação verbal de disponibilidade para os cuidados que vai além da dimensão física, oferecendo ajuda e momentos de diálogo. Relativamente às estratégias de comunicação não-verbal, foi solicitado aos participantes que citassem 5 estratégias que utilizariam para demonstrar empatia na interação com a pessoa em situação paliativa. A maior parte (n=143 - 47,2%) foi capaz de citar três ou quatro. Trinta e seis participantes (11,9%) não citaram pelo menos uma estratégia não-verbal adequada e apenas 46 participantes (15,2%) responderam à questão de forma acertada. O toque afetivo, o contacto visual, o sorriso e a proximidade física foram as estratégias não-verbais mais citadas pelos profissionais como forma de demonstrar empatia e estabelecer um vínculo de confiança com a pessoa em situação paliativa, tanto antes quanto após a capacitação. A quinta estratégia não-verbal mais citada, que na verdade não é uma estratégia não-verbal em si, mas um conjunto de estratégias verbais e não-verbais, foi a escuta ativa. Ao avaliar o programa de capacitação em comunicação interpessoal em cuidados paliativos, a autora inferiu que as competências de comunicação podem ser aprendidas e aplicadas perante a pessoa que vivencia a etapa final da vida. Podem ainda ser mantidas e aperfeiçoadas com o decorrer do tempo, propiciando mudanças nas atitudes comunicacionais dos profissionais quando associadas a atitudes positivas, tais como a auto-avaliação e reflexão crítica contínuas.
--	---

Quadro nº 5: Apresentação dos dados do documento: “*Palliative Care Communication in Oncology Nursing*”.

Autores e ano de publicação	Goldsmith, Ferrell, Wittenberg-Lyles, & Ragan (2012) ⁽²⁹⁾
Tipo de texto/ Metodologia	Análise de estudos de caso.
Objetivos	Apresentação de sete estudos de caso (fictícios) que permitem operacionalizar o currículo de comunicação <i>COMFORT</i>

	(<i>Communicating; Orientation and Opportunity; Mindful Presence; Family; Openings; Relating and the Physical Aspects of Care; Team Structure and Processes of Care</i>).
Participantes	-
Resultados	Integrando os oito domínios de qualidade em cuidados paliativos do <i>National Consensus Project for Quality Palliative Care</i>², os autores recorrem a sete estudos de caso para operacionalizar o currículo <i>COMFORT</i>. O currículo de comunicação <i>COMFORT</i> é um recurso formativo que fornece aos enfermeiros o treino de competências de comunicação adequadas às necessidades da pessoa e família em cuidados paliativos. O treino do enfermeiro na utilização deste currículo sublinha a importância da qualidade dos cuidados, pois ao proporcionar competências de comunicação que facilitam as transições onerosas em oncologia, melhora uma prática centrada na pessoa/família. Segundo os autores, através da comunicação não-verbal os enfermeiros podem apoiar, confortar e reduzir a incerteza. Ao facilitarem a expressão de emoções da pessoa/família, os enfermeiros testemunham o sofrimento e honram a voz da mesma escutando ativamente e emitindo mensagens que reconhecem e legitimam os sentimentos emergentes. Neste âmbito, os autores referem que a presença ou <i>mindful presence</i> por parte do enfermeiro favorece a comunicação. Ao estar presente o enfermeiro pode proporcionar um clima emocional para a expressão de arrependimentos, discussão de assuntos espirituais ou a tristeza resultante de “falhas humanas” da vida. Perante uma pessoa em fase final de vida, os enfermeiros podem responder a questões familiares, como informações sobre o papel da família e o processo de morrer. A operacionalização da presença implica que o enfermeiro esteja propositadamente atento ao momento, ativamente envolvido no presente, sensível ao contexto, sem julgamento e com uma atitude empática. Através de empatia, estratégias não-verbais e escuta ativa, o enfermeiro pode demonstrar aceitação, disponibilidade, confiança e uma atitude que irá permitir que a pessoa/família expresse o seu sofrimento espiritual, religioso e existencial, fazendo conexões significativas pelo meio da perda. Além dos aspetos referidos, os autores alegam que a força da cultura, os relacionamentos e a fragilidade de determinados sistemas familiares apresentam grandes desafios de comunicação. Por conseguinte, a comunicação deve ser alinhada à da pessoa/família, ajustando o tom da voz, proximidade e idioma, sem estereótipos ou assumindo determinado conhecimento cultural, pois a adaptação a uma infinita gama de práticas rituais, crenças no tratamento e preferências da família exige intencionalidade.

² O *National Consensus Project for Quality Palliative Care*⁽³⁰⁾ define oito domínios de qualidade em cuidados paliativos: estrutura e processos de assistência; aspetos físicos dos cuidados; aspetos psicológicos e psiquiátricos de cuidados; aspetos sociais dos cuidados; aspetos espirituais, religiosos e existenciais dos cuidados; aspetos culturais dos cuidados; cuidados à pessoa em fim de vida e aspetos éticos e legais dos cuidados.

Quadro nº 6: Apresentação dos dados do documento: “*Communication Behaviors and Patient and Caregiver Emotional Concerns: A Description of Home Hospice Communication*”.

Autores e ano de publicação	Clayton, Reblin, Carlisle, & Ellington (2014) ⁽³¹⁾
Tipo de texto/ Metodologia	Análise secundária recorrendo aos dados recolhidos em 2009 (gravações áudio de visitas domiciliárias realizadas por enfermeiros que exerciam funções em duas unidades de cuidados paliativos localizados em <i>Salt Lake City, Utah</i>) para a realização de um estudo misto da autoria de Ellington, Reblin, Clayton, Berry, & Mooney (2012). As principais variáveis da pesquisa foram as declarações de preocupação da pessoa/cuidador e os comportamentos de comunicação dos enfermeiros perante as mesmas.
Objetivos	Identificar e descrever os comportamentos de comunicação utilizados pelos enfermeiros (durante as visitas domiciliárias), quando abordam as preocupações da pessoa com doença oncológica e seus cuidadores.
Participantes	Todos os enfermeiros de duas unidades de cuidados paliativos concordaram em participar no estudo (N = 15). No entanto, apenas cinco enfermeiros preenchiam os critérios de elegibilidade. Os enfermeiros, todos caucasianos, tinham em média 42 anos de idade. Exerciam Enfermagem há cerca de 12 anos, e em contextos de cuidados paliativos há cerca de 7 anos.
Resultados	Os autores referem que a pessoa com doença oncológica e o seu cuidador partilham preocupações emocionalmente angustiantes com os enfermeiros de cuidados paliativos, um tipo de interação desafiante para os enfermeiros. Nesta ótica, referem que as estratégias de comunicação utilizadas pelos enfermeiros para interagir com a pessoa/cuidador surge muitas vezes de experiências <i>on-the-job</i> e junto de enfermeiros mais experientes, em lugar de serem avaliadas e treinadas competências de comunicação de modo formal. Pela análise das declarações de preocupação da pessoa/cuidador, os autores concluíram que o enfermeiro deve apresentar uma resposta empática que atenda às necessidades da pessoa/cuidador, o que significa centrar os cuidados nos mesmos. Para este efeito, a utilização de comportamentos de comunicação específicos (como o elogio e o otimismo; respostas emocionais) utilizados de forma intencional, indicaram receptividade e envolveram a pessoa/cuidador nos cuidados. Reconhecendo que estes comportamentos podem ser ensinados a enfermeiros que não estejam familiarizados em lidar com o sofrimento emocional da pessoa/cuidador, os autores evidenciam a necessidade de uma preparação sistemática no âmbito das competências de comunicação, razão pela qual, as organizações profissionais devem incorporar o treino das mesmas nos seus programas educacionais.

Quadro nº 7: Apresentação dos dados do documento: *“Communication about existential issues with patients close to death-nurses’ reflections on content, process and meaning”*.

Autores e ano de publicação	Strang, Henoch, Danielson, Browall & Melin-Johansson (2014) ⁽³²⁾
Tipo de texto/ Metodologia	Foram realizadas cinco sessões de reflexão em grupo. Estas sessões foram gravadas e transcritas, e o seu conteúdo foi analisado qualitativamente.
Objetivos	Descrever as reflexões grupais dos enfermeiros sobre a forma como comunicam questões existenciais com a pessoa com doença oncológica que se encontra próxima da morte.
Participantes	De um total de 102 enfermeiros (98% eram mulheres com idade entre os 24 e os 64 anos), 98 aceitaram participar no estudo. Os enfermeiros participantes (n=98) cuidavam diariamente de pessoas com doença oncológica e exerciam funções em três unidades de cuidados paliativos, seis unidades hospitalares de oncologia e duas equipas de cuidados paliativos domiciliários.
Resultados	Os resultados obtidos foram organizados em três domínios: o conteúdo, o processo e o significado das interações existenciais. De acordo com os participantes, o <i>conteúdo</i> de uma interação existencial contempla a vida, a morte, os relacionamentos, o significado da doença, o sofrimento, o medo, o desespero e a esperança realista/irrealista. Neste âmbito, os enfermeiros expressaram a necessidade de estarem cientes que a pessoa nem sempre quer falar e que esse desejo deve ser respeitado. Algumas pessoas não tinham energia, outras estavam deprimidas ou zangadas e sem vontade de falar sobre a morte ou outros temas que as entristeciam. O <i>processo</i> diz respeito às estratégias de comunicação utilizadas pelos enfermeiros durante uma interação existencial. A maioria dos enfermeiros referiu que era da sua responsabilidade “abrir” as conversas existenciais e facilitar estas mesmas conversas entre a pessoa e os seus familiares. Para este efeito, criavam uma relação de confiança com a pessoa, suportada numa atitude de abertura, disponibilidade, flexibilidade e atenção ao estado emocional da mesma, por forma a não forçar ou evitar determinado assunto. Na perspetiva dos participantes a presença genuína assumia extrema importância durante uma interação de natureza existencial, e esta devia primar pelo <i>“just being”</i> em vez do <i>“always doing”</i>, o que significava “apenas estar lá”, mesmo que por vezes nada fosse feito. Também foi enfatizada a importância de não intervir de forma rápida, apresentando soluções para cada problema ou impondo “bons” conselhos. Por conseguinte, quando uma pessoa demonstrava ansiedade perante a morte, a solução não passava por fornecer medicação ansiolítica, mas antes por ter a coragem de estar presente. Este tipo de presença ativa e apoio exigiam foco e compromisso por parte do enfermeiro. Ainda neste domínio, os enfermeiros descreveram a importância de deterem

	boas competências de comunicação, sublinhando o uso de perguntas-abertas; a devolução da pergunta como forma de resposta; o uso do humor quando apropriado e o uso do silêncio. A clarificação e a utilização de palavras de incentivo (“você tem o poder”) foram igualmente importantes, assim como a evicção de palavras carregadas ou que expressassem a ideia de “eu entendo exatamente”, porque na verdade ninguém consegue entender exatamente a experiência de outra pessoa. Relativamente ao <i>significado</i> da conversação existencial, os enfermeiros manifestaram satisfação com as interações desenvolvidas e sentiram-se honrados pela confiança demonstrada pela pessoa/família, aspetos que atribuíram significado ao seu trabalho e que lhes fez apreciar e reavaliar as suas vidas. Enfatizaram ainda a importância de discutirem com os colegas conversas onerosas, mesmo que isso significasse apenas dizer a um colega o quão cansado ou triste se sentiam. Os enfermeiros com pouco treino em comunicação referiram sentir-se vulneráveis e “nus de ferramentas” quando confrontados com conversas existenciais, manifestando a necessidade de mais reflexão, treino e educação. Perante os domínios encontrados, os autores referem que a interação com uma pessoa que se encontra próxima da morte exige que o enfermeiro tenha uma atitude positiva e confortável em relação a questões existenciais, o que implica ter a coragem de estar presente, demonstrar tempo, sem tentar “resolver” todos os problemas existenciais.
--	---

Quadro nº 8: Apresentação dos dados do documento: *“Communicating with patients and their families about palliative and end-of-life care: comfort and educational needs of nurses”*.

Autores e ano de publicação	Moir, Roberts, Martz, Perry & Tivis (2015) ⁽³³⁾
Tipo de texto/ Metodologia	Estudo não-experimental que decorreu em três unidades de internamento de um hospital com 378 camas em <i>Idaho</i> .
Objetivos	Determinar as necessidades de conforto e educacionais dos enfermeiros, quando comunicam com a pessoa e seus familiares sobre cuidados paliativos e em final de vida.
Participantes	No total, 60 enfermeiros responderam ao <i>End-of-Life Professional Caregiver Survey – EPCS</i> (uma escala de 28 itens desenvolvida para avaliar as necessidades educacionais dos diferentes profissionais de cuidados paliativos em três domínios: comunicação centrada na pessoa/família; valores culturais e éticos e prestação de cuidados eficazes). Os enfermeiros exerciam funções em três unidades de internamento. A distribuição da amostra entre as unidades foi aproximadamente igual (37% dos enfermeiros de cuidados intensivos, 26% de oncologia e 37% de telemetria). A idade dos

	participantes não diferiu de forma significativa (a maioria dos inquiridos tinha menos de 50 anos de idade: 41% tinham menos de 30 anos; 43% tinham entre 30 e 49 anos e apenas 16% tinham 50 ou mais anos). Os anos de experiência também não diferiram significativamente (a maioria dos enfermeiros tinha entre 2 a 10 anos de experiência de Enfermagem: 12% tinham menos de 2 anos; 33% tinham entre 2 a 5 anos; 29% tinham entre 5 a 10 anos e 27% tinham mais de 10 anos de experiência).
Resultados	A transição de cuidados curativos para cuidados paliativos pode ser um momento desafiador para o enfermeiro e para a pessoa/família. Durante esta transição, a pessoa/família pode ter muitas perguntas relacionadas com aspetos emocionais e logísticos referentes à sua situação. Ao desenvolverem competências e conhecimentos de comunicação, os enfermeiros encontram-se capacitados para ajudar a pessoa/família a fazer transições mais “suaves”. Este estudo demonstrou que os enfermeiros menos experientes expressaram maior desconforto na comunicação com a pessoa e sua família. Por outro lado, os enfermeiros de oncologia estavam mais à vontade em relação à comunicação centrada na pessoa/família. Estes resultados indicaram que os enfermeiros dos outros contextos, talvez não compreendam o dilema que a pessoa/família enfrenta quando transita para cuidados paliativos. Os autores sugerem que o sucesso e a sustentabilidade dos serviços de cuidados paliativos depende da educação dos prestadores de cuidados de saúde. Como tal, alegam ser necessário explorar de forma mais aprofundada as necessidades educacionais dos enfermeiros em relação aos cuidados paliativos e em final de vida. Esta exploração pode levar ao desenvolvimento de intervenções educativas destinadas a aumentar o conforto dos enfermeiros no âmbito da comunicação com a pessoa/família.

ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Os sete estudos incluídos na revisão destacam-se pela sua diversidade metodológica: uma revisão sistemática da literatura ⁽²⁶⁾; um estudo descritivo correlacional ⁽²⁷⁾; um estudo quase experimental, com abordagem quantitativa e qualitativa ⁽²⁸⁾; a análise de estudos de caso ⁽²⁹⁾; uma análise secundária de um estudo misto ⁽³¹⁾; a análise qualitativa de reflexões em grupo ⁽³²⁾ e um estudo não-experimental ⁽³³⁾.

Os resultados foram agrupados em duas categorias conceptuais: “estratégias de comunicação centradas na pessoa/família” e “utilização das estratégias de comunicação verbal, não-verbal e para-verbal”.

De seguida, são explicitadas cada uma das categorias, recorrendo aos resultados encontrados em cada um dos estudos.

Estratégias de comunicação centradas na pessoa/família

As estratégias de comunicação, para que possam ser centradas na pessoa/família, não podem surgir de forma descontextualizada e devem integrar determinados aspetos que concorram para a eficácia na sua utilização. Neste entendimento, Tay et al., ⁽²⁶⁾ referem que os enfermeiros devem trabalhar “mais de perto” com a pessoa/família, com o intuito de compreenderem a sua *recepção* e *resposta* emocional. Por conseguinte, o enfermeiro deve ter em atenção o *timing* em que ocorre a comunicação, o que significa ter consciência da “prontidão psicológica” da pessoa para comunicar, bem como respeitar a sua preferência, isto é, *com quem quer* partilhar os seus pensamentos e emoções ⁽²⁶⁾. Strang et al., ⁽³²⁾ comungam esta ideia quando mencionam que os enfermeiros devem estar cientes que a pessoa nem sempre quer falar, e que esse desejo deve ser respeitado, pois algumas pessoas não têm energia, outras encontram-se deprimidas ou zangadas e sem vontade de falar sobre a morte ou outros temas que as entristeçam.

Além do *timing* em que ocorre a comunicação, revela-se igualmente pertinente avaliar com precisão a disposição da pessoa e dos membros da família em aceitar os cuidados paliativos ou um prognóstico terminal ⁽²⁷⁾. Nesta avaliação, os enfermeiros apresentam-se como uma fonte credível de informação e, como tal, podem usar a partilha da mesma como uma abordagem “não-ameaçadora” para introduzir o processo de comunicação com a pessoa, incentivando-a a fazer perguntas, participar nos cuidados e expressar as suas preocupações abertamente ⁽²⁶⁾.

Reconhecendo que cada indivíduo é único e responde de modo diferente à informação fornecida, é ainda determinante que o enfermeiro utilize uma atitude empática na sua abordagem ^(26,29,31). À semelhança da empatia, Goldsmith et al., ⁽²⁹⁾ referem que a escuta ativa por parte do enfermeiro pode demonstrar aceitação e disponibilidade, aspetos que irão permitir que a pessoa/família faça conexões significativas através da perda, expressando o seu sofrimento espiritual, religioso e existencial. Neste âmbito, é da responsabilidade dos enfermeiros “abrir” as conversas existenciais e promover as mesmas entre a pessoa e os seus familiares. Para este efeito, os enfermeiros devem criar uma relação de confiança e estar atentos ao estado emocional da pessoa por forma a não forçar ou evitar determinado assunto ⁽³²⁾.

Não obstante, Boyd et al., ⁽²⁷⁾ revelam que os enfermeiros cuidaram durante um período de três meses pessoas em situação terminal, mas apenas abordaram assuntos relacionados com os cuidados paliativos com um terço dessas pessoas e

seus familiares. Em primeira instância, os enfermeiros afirmaram que a falta de aceitação da pessoa/família foi a barreira mais importante para o reduzido número de discussões sobre cuidados paliativos. Contudo, a sua percepção de que estas discussões remetem para a perda de esperança, ou a noção de que a pessoa quer que o seu médico determine o melhor plano de assistência, também motivaram a que os enfermeiros não discutissem assuntos relacionados com os cuidados paliativos. De acordo com o mesmo autor ⁽²⁷⁾ as oportunidades de discussão “perdidas” podem refletir as atitudes dos enfermeiros, e ao não serem centradas na pessoa/família, devem ser reduzidas, de modo a que as decisões sobre os cuidados se fundamentem na melhor evidência e os resultados possam ser melhorados. Nesta lógica, é expectável que os enfermeiros saibam lidar com necessidades emocionais complexas, o que requer a oportunidade de refletir e treinar competências de comunicação por forma a prevenir o *burnout*, a otimizar a gestão de diálogos desafiadores, melhorando assim a satisfação da pessoa relativamente aos cuidados de Enfermagem prestados ⁽³²⁾. Constatase por isso, que o valor da comunicação do enfermeiro em cuidados paliativos e oncologia é único, porque estas duas especialidades incluem uma elevada frequência de interações desafiadoras para a pessoa, família e enfermeiro ^(29,31).

A transição de cuidados curativos para cuidados paliativos constitui uma das interações desafiadoras para o enfermeiro, pois durante esta transição, a pessoa/família pode ter muitas perguntas relacionadas com aspetos emocionais e logísticos ⁽³³⁾. No estudo de Strang et al., ⁽³²⁾, que também incluía pessoas com doença oncológica em situação curativa, os enfermeiros referiram que por despertarem questões existenciais, as interações mais difíceis ocorriam quando a pessoa/família era informada de que não seriam oferecidos tratamentos curativos adicionais ou quando era proposta a transferência para uma unidade de cuidados paliativos. Neste entendimento, Moir et al., ⁽³³⁾ pretenderam determinar as necessidades de conforto e educacionais dos enfermeiros (de três contextos diferentes – oncologia, telemetria e cuidados intensivos), quando comunicam com a pessoa e seus familiares. Os resultados obtidos demonstraram que os enfermeiros menos experientes expressaram maior desconforto na comunicação com a pessoa/família. Por outro lado, os enfermeiros de oncologia estavam mais à vontade, apresentando uma comunicação centrada na pessoa/família. Com os dados obtidos os autores ⁽³³⁾ inferiram que a experiência dos enfermeiros que não trabalham em oncologia, talvez

não lhes permita compreender o dilema que a pessoa/família enfrenta quando transita de cuidados curativos para cuidados paliativos.

No que respeita à inexperiência dos profissionais, os enfermeiros inexperientes referiram sentir-se vazios e cansados por considerarem frustrante e exigente falar ou escutar assuntos sobre a tristeza e a morte, e pela dificuldade em reverter uma conversa em que a pessoa/família se encontrava sem esperança ⁽³²⁾. Em conformidade com estes dados, Strang et al., ⁽³²⁾ afirmaram que os enfermeiros com pouco treino em comunicação expuseram a sua vulnerabilidade referindo que se sentiam “nus de ferramentas” quando eram confrontados com conversas existenciais, manifestando a necessidade de mais reflexão, treino e capacitação. Perante estes resultados, fica patente a ideia que os enfermeiros apresentam comportamentos inibidores diante tópicos emocionalmente carregados relacionados com a recorrência da doença oncológica, cenários clínicos como a morte ou a prestação de cuidados psico-emocionais ⁽²⁶⁾.

O estudo de Araújo ⁽²⁸⁾ demonstrou que os profissionais citaram estratégias inadequadas perante um contexto paliativo ou expressões subjetivas tais como solidariedade, compaixão, apoio, atenção, carinho, entre outras, que embora definam ou descrevam sentimentos, não se caracterizam como estratégias de comunicação. Estes dados mostraram-se relevantes porque os profissionais encontraram dificuldade em diferenciar sentimentos, de intervenções no âmbito comunicacional, sendo premente a sua necessidade de capacitação ⁽²⁸⁾. Nesta ótica, Clayton et al., ⁽³¹⁾ referem que as estratégias de comunicação utilizadas pelos enfermeiros surgem muitas vezes de experiências *on-the-job* e junto de enfermeiros mais experientes, em lugar de serem avaliadas e treinadas competências de comunicação de modo formal. Para este efeito, comportamentos de comunicação específicos utilizados de forma intencional indicam recetividade, envolvem e centram os cuidados na pessoa/família, razão pela qual, devem ser ensinados a enfermeiros que não estejam familiarizados em lidar com o sofrimento emocional da mesma ⁽³¹⁾. Como tal, deve existir uma preparação sistemática no âmbito das competências de comunicação ⁽³¹⁾, para que os enfermeiros tenham uma voz mais “forte” durante um momento crítico como o final de vida ⁽²⁷⁾. Neste prisma, Moir et al., ⁽³³⁾ afirmam que o sucesso e a sustentabilidade dos serviços de cuidados paliativos depende da educação dos prestadores de cuidados de saúde. Para este efeito, indicam ser necessário explorar de forma mais aprofundada as necessidades educacionais de comunicação dos enfermeiros em

relação aos cuidados paliativos. Na mesma linha de pensamento, Boyd et al., ⁽²⁷⁾ sugerem que os programas de formação integrem discussões de casos que devolvam debates reflexivos relacionados com a pessoa/família em cuidados paliativos. Outra estratégia de formação sugerida é a utilização de “enfermeiros-modelo” que discutam eficazmente questões relacionadas com cuidados paliativos, na presença de outros enfermeiros menos experientes. Como estratégias didático-pedagógicas, Araújo ⁽²⁸⁾ utilizou atividades reflexivas em grupo, *brainstorms*, discussão de casos, análise de conceitos e o *role-play* (dramatizações com doentes simulados). Ao avaliar o seu programa de capacitação, a autora ⁽²⁸⁾ concluiu que as competências de comunicação podem ser mantidas e aperfeiçoadas com o decorrer do tempo, propiciando mudanças nas atitudes comunicacionais dos profissionais quando associadas a atitudes positivas, tais como a auto-avaliação e reflexão crítica contínuas.

Revela-se assim urgente a educação dos profissionais no que respeita à utilização eficaz de estratégias de comunicação centradas na interação e inter-relação com a pessoa em situação paliativa, dado que, os profissionais mais experientes não são necessariamente mais competentes ao lidar com os problemas relativos à comunicação, pois as competências de comunicação não são adquiridas com o tempo, mas sim com a adequada capacitação ⁽²⁸⁾.

A utilização de estratégias de comunicação verbal, não-verbal e para-verbal

A utilização de estratégias de comunicação verbal, não-verbal e para-verbal, é o centro do suporte emocional em cuidados paliativos e condição *sine qua non* para que o cuidado multidimensional efetivo ocorra ⁽²⁸⁾. Competências de escuta, questionamento, exploração de sentimentos e *feedback* não são uma questão de personalidade ou instinto do profissional, são antes, ferramentas necessárias para promover conforto emocional perante uma pessoa que se encontra em situação paliativa. Por conseguinte, o conhecimento de estratégias de comunicação que sejam facilitadoras da interação profissional-pessoa/família são de suma importância perante situações geradoras de incertezas, dor e sofrimento ⁽²⁸⁾.

No estudo de Araújo ⁽²⁸⁾, o toque afetivo, o contacto visual, o sorriso e a proximidade física foram as quatro estratégias não-verbais mais citadas pelos profissionais para demonstrar empatia e estabelecer um vínculo de confiança com a pessoa em situação paliativa. O toque afetivo foi a estratégia mais citada antes (n=262) e após (n=201) o programa de capacitação em comunicação. O conjunto de sinais não-verbais citados

pelos profissionais (abraço; o aperto de mão firme; o toque nas mãos, braços e ombros; cumprimento com contato físico, outros) foram agrupados sob a denominação de toque afetivo devido a uma característica comum: o contato físico que transmite uma mensagem de cunho emocional. Na segunda e terceira posições, os profissionais citaram o contato visual e o sorriso, sinais faciais que denotam interesse, pois são imprescindíveis para a aproximação e o estabelecimento de um vínculo de confiança. A proximidade física foi a quarta estratégia de comunicação não-verbal mais citada pelos profissionais. Esta estratégia, quando estabelecida ao nível da distância pessoal, não sugere invasão, e permite que a pessoa observe os sinais faciais e escute o profissional sem que este tenha de alterar o tom da voz. A quinta estratégia mais citada, que na verdade não é uma estratégia não-verbal em si, mas antes um conjunto de sinais verbais e não-verbais, foi a escuta ativa. De acordo com a mesma autora ⁽²⁸⁾ ser escutado pelos profissionais significa consideração, atenção e um cuidado individualizado, pois quando se sente escutada, a pessoa tem a cálida e reconfortante sensação de que é compreendida e valorizada pelo profissional.

Numa lógica de capacitação dos enfermeiros, Goldsmith et al., ⁽²⁹⁾ propõem um currículo de comunicação que fornece aos enfermeiros o treino de competências de comunicação adequadas às necessidades da pessoa/família em cuidados paliativos. O treino do enfermeiro na utilização do currículo *COMFORT* sublinha a importância da comunicação perante a qualidade dos cuidados, ao proporcionar competências de comunicação que facilitam as transições onerosas em oncologia. No seu currículo, os autores referem que para escutar ativamente, o enfermeiro deve parar outras atividades; olhar para a pessoa; não interromper, clarificar os sentimentos; focar-se no significado da mensagem; utilizar o silêncio e observar a linguagem corporal da pessoa/família. Afirmam ainda que perante uma comunicação não-verbal que apoia, conforta e reduz a incerteza da pessoa/família, a presença do enfermeiro favorece a comunicação e permite responder a questões familiares, como informações sobre o papel da família e o processo de morrer. A operacionalização da presença enquanto estratégia de comunicação não-verbal requer que o enfermeiro esteja propositadamente atento ao momento, ativamente envolvido no presente, sensível ao contexto, sem julgamento e com uma atitude empática ⁽²⁹⁾.

No estudo de Araújo ⁽²⁸⁾, a presença também se destacou enquanto estratégia de comunicação não-verbal, tendo sido a mais utilizada pelos profissionais diante a pessoa deprimida (antes e após a capacitação). Em contexto de cuidados paliativos,

a presença do profissional significa oferecer a companhia durante um período difícil de incertezas e sofrimento, no qual o profissional muitas vezes não pode aliviar a carga da pessoa, mas antes seguir ao seu lado até o fim, amparando-a. E mesmo que nenhuma palavra seja pronunciada durante a interação, o facto de o profissional permanecer junto da pessoa demonstra que reconhece o seu sofrimento e é solidário ao mesmo ⁽²⁸⁾. Nesta ótica, uma presença consciente (*mindful presence*) por parte do enfermeiro, pode proporcionar um clima emocional para a expressão de arrependimentos, tristeza resultante de “falhas humanas” ou assuntos espirituais ⁽²⁹⁾. Perante este clima emocional, Strang et al., ⁽³²⁾ sugerem que sejam mobilizadas perguntas-abertas; a devolução da pergunta como forma de resposta; o uso do humor quando apropriado e o uso do silêncio. A clarificação e a utilização de palavras de incentivo são igualmente importantes, assim como a evicção de palavras carregadas ou que expressem a ideia de “eu entendo exatamente”. Estes autores acrescentam que a presença deve ser ativa, exigindo foco e compromisso por parte do enfermeiro. No que concerne à utilização de estratégias de comunicação verbal por parte dos profissionais, antes da capacitação, os resultados de Araújo ⁽²⁸⁾ demonstraram que a maioria dos participantes (n=175 - 57,7%) não foi capaz de citar pelo menos uma estratégia de comunicação verbal³ adequada. Tendo presente que a correta utilização de estratégias de comunicação verbal pelo profissional permite clarificar e validar informações que auxiliam na identificação das necessidades da pessoa/família, os dados obtidos mostraram-se preocupantes ⁽²⁸⁾. Contudo, é de ressaltar que o índice médio de acerto a esta questão aumentou em 50% após a implementação do programa de capacitação, e que antes do mesmo os profissionais citavam mais perguntas direccionadas para a investigação da doença/tratamento e cuidados físicos. No âmbito da utilização das estratégias de comunicação, Goldsmith et al., ⁽²⁹⁾ salientam ainda a importância do respeito pelo património cultural de cada pessoa/família, pois perante a sua utilização alegam que a força da cultura, os relacionamentos e a fragilidade de determinados sistemas familiares apresentam grandes desafios de comunicação. Por esta razão, a comunicação do enfermeiro deve

³ As estratégias de comunicação verbal apresentadas aos participantes foram: “perguntar o que o paciente sabe sobre sua condição/doença; perguntar ao paciente como ele se sente, para estimulá-lo a falar sobre seus sentimentos; verbalizar disponibilidade para ajudar, conversar e/ou esclarecer dúvidas; perguntar sobre as expectativas do paciente referentes ao tratamento; perguntar sobre interesses e preferências do paciente para estabelecer conversas amenas; clareza (objetividade/linguagem coloquial); sinceridade prudente (informações gradativas); verbalizar compreensão de suas emoções/sentimentos; perguntas abertas para que o paciente possa expressar-se; verbalizar disposição para o cuidado contínuo (não abandono); valorizar suas ações/esforços (reforço positivo)” ^(28, p.143).

ser alinhada à da pessoa/família, ajustando o tom da voz, proximidade e idioma, sem estereótipos ou assumindo determinado conhecimento cultural, pois a adaptação a uma infinita gama de práticas rituais, crenças no tratamento e preferências da família exige intencionalidade ⁽²⁹⁾.

No que diz respeito a características pessoais e profissionais dos enfermeiros perante a utilização de estratégias de comunicação, Tay et al., ⁽²⁶⁾ mencionaram que a genuinidade e a competência são fatores que influenciam a eficácia da comunicação. Segundo os mesmos autores ⁽²⁶⁾, a comunicação saiu reforçada quando os enfermeiros demonstraram um cuidado e preocupação genuínos para com a pessoa/família. Isso incluiu um contato visual adequado, o toque, ser empático, envolver-se no diálogo e utilizar o tom de voz apropriado. Além disso, os enfermeiros que demonstraram estas competências, não só aumentaram os níveis de confiança da pessoa no profissional, mas também a sua autoconfiança.

Em suma, os sete estudos ^(26,27,28,29,31,32,33) incluídos na revisão enfatizaram a comunicação enquanto conceito multidimensional que integra estratégias de comunicação centradas na pessoa/família, e a utilização de estratégias de comunicação verbal, não-verbal e para-verbal durante as interações enfermeiro-pessoa/família. Considerando a análise dos mesmos, destacam-se as estratégias para-verbais e não-verbais, em detrimento das verbais. Importa por isso, indagar sobre este aspeto. A comunicação para-verbal refere-se aos atributos que “vestem” as palavras, e como tal, revela-se importante não o que é dito, mas sim o modo como é dito. A comunicação não-verbal é toda a mensagem que é transmitida, sem o uso de qualquer palavra, o que significa que, pode ser definido o “rumo” da interação, antes das palavras serem pronunciadas ⁽³⁴⁾.

A relevância que os estudos atribuíram à comunicação para-verbal e não-verbal, prende-se com o facto da comunicação verbal ser insuficiente para caracterizar a complexa interação que ocorre no relacionamento humano, na medida em que, é necessário qualificá-la, oferecer-lhe emoções demonstradas pelo toque, olhar, expressão facial, postura corporal ou distância física que acompanhe o discurso, para que seja possível compreender os sentimentos que as palavras têm implícitos ⁽¹⁸⁾. Por conseguinte, fruto da utilização destas estratégias, ficou sublinhada a ideia de que competências de comunicação como a empatia e a escuta ativa são competências que exigem intencionalidade, pois não são qualidades inatas ou um simples subproduto da experiência profissional ⁽³⁵⁾.

A necessidade de capacitação dos profissionais foi um resultado transversal em todos os estudos. Por conseguinte, como forma de capacitação dos profissionais, devem ser implementados programas educacionais que contemplem mais tempo de prática e menos tempo didático, pois uma melhor comunicação, suportada no conhecimento, experiência e sucesso, pode aumentar a confiança e autoeficácia do enfermeiro ⁽³⁷⁾.

A utilização de estratégias de comunicação pode reduzir o stresse, promover o conforto e melhorar a qualidade de vida da pessoa/família, e dos enfermeiros, mas persistem as dificuldades dos profissionais neste âmbito ⁽³⁶⁾. É expectável que estas dificuldades persistam, dado que, os processos para o ensino de competências de comunicação e a sua implementação na prática clínica ainda não estão claramente definidos, pois à semelhança da Enfermagem, a comunicação também é uma arte, e melhorar as competências de comunicação leva tempo, prática, persistência e reflexão por parte de cada enfermeiro individualmente ⁽³⁷⁾.

Além disso, o desenvolvimento destas competências pode ser demorado e dispendioso, por requerer um elevado grau de motivação e induzir um stresse considerável nos participantes ⁽³⁵⁾. Nesta linha de compreensão, a chave para o sucesso dos programas de treino de comunicação deve envolver o confronto com as dificuldades comunicacionais dos participantes de uma forma que respeite a sua vulnerabilidade. Para este efeito, quem lidera os programas de capacitação deve deter um profundo conhecimento do ambiente profissional dos participantes, de modo a construir uma atmosfera de aprendizagem construtiva e segura ⁽³⁵⁾.

IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA E INVESTIGAÇÃO

As revisões *scoping* pretendem ser abrangentes e fornecer uma visão geral da evidência existente, na medida em que, visam fornecer um mapa da evidência produzida em detrimento da melhor evidência disponível ⁽²⁵⁾. Por conseguinte, não existiu uma avaliação formal da qualidade metodológica ou nível de evidência dos estudos incluídos na revisão, motivo pelo qual, a presente *scoping* não permite fornecer recomendações para a prática, mas apenas informações que possam orientar a prática.

A revisão integrou estudos de natureza essencialmente qualitativa, em que a heterogeneidade e descrição dos mesmos é baseada na reflexão, perceção e opinião dos enfermeiros relativamente à comunicação enfermeiro-pessoa com doença oncológica em situação paliativa e seus familiares. Centrados nesta temática, os

resultados obtidos indicam que os enfermeiros carecem de formação em aspectos teóricos e práticos relativamente à utilização de estratégias de comunicação centradas na pessoa e sua família. Além disso, expõem de forma superficial os resultados obtidos com a utilização de estratégias de comunicação verbal, não-verbal e para-verbal, pelo que se conclui que é uma área do conhecimento a explorar.

Neste entendimento, devem ser desenvolvidos estudos que evidenciem de que forma as estratégias de comunicação podem ser utilizadas durante a interação com a pessoa/família, e seus resultados. Será com base na análise das experiências da pessoa, família e enfermeiros que poderão ser tecidas diretrizes para a construção de protocolos de intervenção perante situações complexas de comunicação. Ao concorrerem para a eficácia da interação enfermeiro-pessoa/família, o desenvolvimento destes protocolos de intervenção vai permitir não só uma maior satisfação da pessoa/família com os cuidados, mas também uma maior satisfação pessoal e profissional do enfermeiro.

CONCLUSÕES

A análise e discussão dos dados obtidos nos estudos teve como intuito dar resposta aos objetivos e questão da revisão. Desta análise emergiram diferentes pontos de reflexão que identificaram não só a utilização de estratégias de comunicação verbal, não-verbal e para-verbal por parte do enfermeiro, mas também que estratégias permitem centrar os cuidados na pessoa com doença oncológica em situação paliativa e seus familiares.

Globalmente, as duas categorias conceptuais sugerem que a comunicação enfermeiro-pessoa/família em oncologia e cuidados paliativos requer competências específicas, que essas competências são relevantes para a eficácia da interação, e que podem ser melhoradas pelo treino e formação ^(38,21). Esta perspetiva de melhoria é corroborada por Kozlowska et al., ⁽³⁹⁾ quando referem que os enfermeiros que cuidam da pessoa com doença oncológica em situação paliativa e seus familiares mencionam o seu desejo de participar em programas de treino de comunicação, alegando que detêm formação insuficiente sobre competências de comunicação. Neste âmbito, a importância do seu treino na prestação de cuidados em oncologia e cuidados paliativos não foi questionada, pois nestes contextos a comunicação é uma ferramenta de trabalho no dia-a-dia dos enfermeiros. Esta perspetiva foi enfatizada

repetidamente, e os resultados obtidos informam-nos que os enfermeiros estão atentos à complexa problemática da comunicação, manifestando a necessidade de melhorar, continuamente, as suas competências comunicacionais.

Nesta linha de ideias, apesar das limitações da presente revisão *scoping* (nomeadamente a pesquisa ter sido feita apenas em três bases de dados e terem sido utilizados estudos publicados entre 2010-2015 apenas disponíveis em texto integral em Português, Inglês e Espanhol), os resultados evidenciados fornecem-nos informação importante que pode orientar a prática.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. The Joanna Briggs Institute. (2011). Effective communication between registered nurses and adult oncology patients in inpatient settings. *Best Practice: Evidence-based information sheets for health professionals*, 15(1), 1-4. Obtido em 3 de Outubro de 2015, de <http://connect.jbiconnectplus.org/ViewSourceFile.aspx?0=7112>
2. Guthrie, A. E., & Mazanec, P. (2010). Cancer. Em M. Matzo, & D. W. Sherman, *Palliative Care Nursing: Quality Care to the End of Life* (3ª ed., pp. 227-248). New York: Springer Publishing Company.
3. Apóstolo, J., Capela, R., & Castro, I. (2012). Suffering and Comfort in Portuguese Cancer Patients. Em M. Sebastian, N. Neethu, & E. Elias, *Nanomedicine and Cancer Therapies, Recent Advances in Nanoscience and Nanotechnology* (pp. 185-193). Oakville: Apple Academic Press.
4. Lei n.º 52/2012 de 5 de Setembro. (2012). Lei de Bases dos Cuidados Paliativos. Diário da República, 1.ª série - N.º 172 (05.09.2012). 5119-5124. Obtido em 20 de Setembro de 2015, de <http://www.apcp.com.pt/uploads/leidebasesdoscp.pdf>
5. Worldwide Palliative Care Alliance. (2014). *Global Atlas of Palliative Care at the End of Life*. London: World Health Organization. Obtido em 10 de Agosto de 2015 de: <http://www.who.int/nmh/Global Atlas of Palliative Care.pdf>
6. World Health Organization. (2015). *Cancer - Fact sheet N°297*. Obtido em 18 de Setembro de 2015, de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/index.html#>.
7. Direção Geral da Saúde. (2004). Programa Nacional de Cuidados Paliativos. Lisboa: Direção Geral da Saúde. Obtido em 5 de Julho de 2015, de [http://www.apcp.com.pt/uploads/Plano_Nacional_CP_-_Circular_Normativa_\(DGS_13-7-2004\).pdf](http://www.apcp.com.pt/uploads/Plano_Nacional_CP_-_Circular_Normativa_(DGS_13-7-2004).pdf)

8. Guarda, H., Galvão, C., & Gonçalves, M. J. (2010). Apoio à família. Em A. Barbosa, & I. G. Neto, *Manual de Cuidados Paliativos* (2ª ed., pp. 751-760). Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
9. Alves, M. L., Jardim, M. H., & Freitas, O. M. (2012). Sofrimento do doente oncológico em situação paliativa. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(8), 115-124. DOI:org/10.12707/RIII1217.
10. Decreto-Lei nº 161/96 de 4 de Setembro. (1996). Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. Diário da República I Série A, N.º 205 (04.09.1996). 2959-2962. Obtido em 3 de Setembro de 2015, de <http://www.ordemenfermeiros.pt/AEnfermagem/Documents/REPE.pdf>
11. Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Regulamento n.º 188/2015 - Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa*. Lisboa. Obtido em 15 de Junho de 2015, de http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_188_2015_Competencias_Especificas_EE_Pessoa_Situacao_Cronica_Paliativa.pdf
12. Twycross, R. (2003). *Cuidados Paliativos* (2ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
13. Pollak, K. I., Childers, J. W., & Arnold, R. M. (2011). Applying Motivational Interviewing Techniques to Palliative Care Communication. *Journal of Palliative Medicine*, 587-592. DOI:10.1089/jpm.2010.0495
14. Amendoeira, J., Barroso, I., Coelho, T., Santos, I., Godinho, C., Saragoila, F., . . . Filipe, D. (2003). Os instrumentos básicos na construção da disciplina de Enfermagem - expressões e significados. Santarém. Obtido em 10 de Maio de 2015, de <http://repositorio.ipsantarem.pt/bitstream/10400.15/88/1/PublicacaoOnlineIBEInstrumentosBasicosdeEnfermagem%5b1%5d.pdf>
15. Riley, J. B. (2004). *Comunicação em Enfermagem* (4ª ed.). Loures: Lusodidacta.
16. Wittenberg-Lyles, E., Goldsmith, J., Ferrel, B., & Ragan, S. L. (2012). *Communication in Palliative Nursing*. New York : Oxford University Press.
17. Fawole, O. A., Dy, S. M., Wilson, R. F., Lau, B. D., Martinez, K. A., Apostol, C. C., . . . Aslakson, R. A. (2012). A Systematic Review of Communication Quality Improvement Interventions for Patients with Advanced and Serious Illness. *Journal of General Internal Medicine*, 28(4), 570-577. DOI:10.1007/s11606-012-2204-4
18. Silva, M. J., & Araújo, M. M. (2012). Comunicação em Cuidados Paliativos. Em R. T. Carvalho, & H. A. Parsons, *Manual de Cuidados Paliativos* (2ª ed., pp. 75-85). São Paulo: Academia Nacional de Cuidados Paliativos.
19. Stajduhar, K. I., Thorne, S. E., McGuinness, L., & Kim-Sing, C. (2010). Patient perceptions of helpful communication in the context of advanced cancer. *Journal of Clinical Nursing*, 19, 2039-2047. DOI:10.1111/j.1365-2702.2009.03158.x

20. Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência.
21. Querido, A., Salazar, H., & Neto, I. G. (2010). Comunicação. Em A. Barbosa, & I. G. Neto, *Manual de Cuidados Paliativos* (2ª ed., pp. 461-485). Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
22. Kovács, M. J. (2006). Comunicação em Cuidados Paliativos. Em C. A. Pimenta, D. D. Mota, & D. A. Cruz, *Dor e Cuidados Paliativos: Enfermagem, Medicina e Psicologia* (pp. 86-102). São Paulo: Manole.
23. O'Hagan, S., Manias, E., Elder, C., Pill, J., Woodward-Kron, R., McNamara, T., . . . McColl, G. (2013). What counts as effective communication in nursing? Evidence from nurse educators' and clinicians' feedback on nurse interactions with simulated patients. *Journal of Advanced Nursing*, 70(6), 1344-1356. DOI: 10.1111/jan.12296
24. Schuster, P. M., & Nykolyn, L. (2010). *Communication for nurses : how to prevent harmful events and promote patient safety*. Philadelphia: F.A. Davis Company.
25. Peters, M. D., Godfrey, C. M., McInerney, P., Soares, C. B., Khalil, H., & Parker, D. (2015). *Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual 2015: Methodology for JBI Scoping Reviews*. South Australia: The Joanna Briggs Institute.
26. Tay, L. H., Hegney, D. G., & Ang, E. (2010). A systematic review on the factors affecting effective communication between registered nurses and oncology adult patients in an inpatient setting. *The Joanna Briggs Institute Library of Systematic Reviews*, 8(22), 869-916. Obtido em 3 de Outubro de 2015, de http://ovidsp.tx.ovid.com/sp-3.23.1b/ovidweb.cgi?&S=OOMLFPMAGHDDLHLPNCHKHBIBBCKNAA00&Link+Set=S.sh.47%7c4%7csl_190
27. Boyd, D., Merkh, K., Rutledge, D. N., & Randall, V. (2011). Nurses' Perceptions and Experiences with End-of-Life Communication and Care. *Oncology Nursing Forum*, 38(3), 229-239. DOI:10.1188/11.ONF.E229-E239
28. Araújo, M. M. (2011). Comunicação em cuidados paliativos: proposta educacional para profissionais de saúde. Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (Tese de Doutorado). São Paulo. DOI:10.11606/T.7.2011.tde-31052011-123633.
29. Goldsmith, J., Ferrell, B., Wittenberg-Lyles, E., & Ragan, S. L. (2012). Palliative Care Communication in Oncology Nursing. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 17(2), 163-167. DOI:10.1188/13.CJON.163-167
30. National Consensus Project for Quality Palliative Care. (2013). *Clinical Practice Guidelines for Quality Palliative Care*. (3ª ed.). Pittsburgh: National Consensus Project. Obtido em 2 de Julho de 2015, de http://www.nationalconsensusproject.org/NCP_Clinical_Practice_Guidelines_3rd_Edition.pdf

31. Clayton, M. F., Reblin, M., Carlisle, M., & Ellington, L. (2014). Communication Behaviors and Patient and Caregiver Emotional Concerns: A Description of Home Hospice Communication. *Oncology Nursing Forum*, 41(3), 311-321.
DOI:10.1188/14.ONF.311-321
32. Strang, S., Henoch, I., Danielson, E., Browall, M., & Melin-Johansson, C. (2014). Communication about existential issues with patients close to death-nurses' reflections on content, process and meaning. *Psycho-Oncology*, 23(5), 562-568.
DOI:10.1002/pon.3456
33. Moir, C., Roberts, R., Martz, K., Perry, J., & Tivis, L. J. (2015). Communicating with patients and their families about palliative and end-of-life care: comfort and educational needs of nurses. *International Journal of Palliative Nursing*, 21(3), 109-112.
DOI:10.12968/ijpn.2015.21.3.109
34. McEwen, A., & Harris, G. (2010). Communication: fundamental skills. Em S. Kraszewski, & A. McEwen, *Communication Skills for Adult Nurses* (pp. 1-22). England: Bell and Bain.
35. Stiefel, F., Favre, N., & Despland, J. N. (2006). Communication Skills Training in Oncology: It Works! Em P. M. Schlag, & H. J. Senn, *Communication in Cancer Care* (pp. 113-120). New York: Springer.
36. Vertino, K. A. (2014). Effective Interpersonal Communication: A Practical Guide to Improve Your Life. *The Online Journal of Issues in Nursing*, 19(3).
DOI:10.3912/OJIN.Vol19No03Man01
37. Baer, L., & Weinstein, E. (2012). Improving Oncology Nurses' Communication Skills for Difficult Conversations. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 17(3), 45-51.
DOI:10.1188/13.CJON.E45-E51
38. Buckman, R. (2001). Communication skills in palliative care: A practical guide. *Neurologic Clinics*, 19(4), 989-1004. **DOI:**org/10.1016/S0733-8619(05)70057-8
39. Kozłowska, L., & Doboszynska, A. (2012). Nurses' nonverbal methods of communicating with patients in the terminal phase. *International journal of Palliative Nursing*, 18(1), 40-46. **DOI:**10.12968/ijpn.2012.18.1.40

APÊNDICES

APÊNDICE I - Histórico de pesquisa na base de dados *CINAHL*

Search ID#	Search Terms	Search Options	Last Run Via	Results
S8	S1 AND S2 AND S3 AND S4	Limiters - Full Text; Date of Publication: 20100101-20151231 Narrow by SubjectAge: - all adult: 19+ years Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Basic Search Database - CINAHL Plus with Full Text	24
S7	S1 AND S2 AND S3 AND S4	Limiters - Full Text; Published Date: 20100101-20151231 Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Basic Search Database - CINAHL Plus with Full Text	57
S6	S1 AND S2 AND S3 AND S4	Limiters - Published Date: 20100101-20151231 Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Basic Search Database - CINAHL Plus with Full Text	128
S5	S1 AND S2 AND S3 AND S4	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Basic Search Database - CINAHL Plus with Full Text	255
S4	(MH "Nursing Organizations+") OR (MH "Nursing Staff, Hospital") OR (MH "Nursing Skills") OR (MH "Nursing Home Patients") OR (MH "Hospice and Palliative Nursing") OR (MH "Nursing Units") OR (MH "Nursing Protocols+") OR (MH "Nursing Practice, Evidence-Based+") OR (MH "Nursing Outcomes") OR (MH "Nursing Interventions") OR	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Basic Search Database - CINAHL Plus with Full Text	434,524

	(MH "Nursing Care Plans+") OR (MH "Advanced Nursing Practice+") OR (MH "Oncology Nursing Society") OR (MH "Oncologic Nursing+") OR (MH "Nursing Role") OR (MH "Nursing Practice+") OR (MH "Holistic Nursing") OR (MH "Family Nursing") OR (MH "Skilled Nursing Facilities") OR (MH "Nursing Care+") OR (MH "Nurse Attitudes") OR (MH "Nurse-Patient Relations") OR (MH "Expert Nurses") OR (MH "American Holistic Nurses Association") OR (MH "International Council of Nurses") OR (MH "Advanced Practice Nurses+") OR (MH "Hospice and Palliative Nurses Association") OR (MH "Canadian Association of Nurses in Oncology")			
S3	(MH "Hospice and Palliative Nursing") OR (MH "Palliative Care") OR (MH "Hospice and Palliative Nurses Association") OR (MH "Terminal Care+") OR (MH "Hospice Care")	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Basic Search Database - CINAHL Plus with Full Text	50,539
S2	(MH "Oncology+") OR (MH "Oncology Care Units") OR (MH "Oncology Nursing Society") OR (MH "Cancer Patients") OR (MH "Oncologic Nursing+") OR (MH "Oncologic Care") OR (MH "Neoplasms+") OR (MH "Cancer Nurses Society of Australia") OR (MH "Cancer Care Facilities")	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Basic Search Database - CINAHL Plus with Full Text	386,052
S1	(MH "Communication+") OR (MH "Communication Methods, Total") OR (MH "Communication Skills Training") OR (MH "Communication Protocols+") OR (MH "NonverbalCommunication+") OR (MH "Communication Skills") OR (MH "Communication Care (Saba CCC)") OR (MH "Communication Barriers") OR (MH "Verbal Behavior+") OR (MH "Touch (Iowa NIC)") OR (MH "Presence") OR (MH "Language+") OR (MH "Interpersonal Relationships (Omaha)") OR (MH "Feedback") OR (MH "Facial Expression")	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Basic Search Database - CINAHL Plus with Full Text	189,906

APÊNDICE II - Histórico de pesquisa na base de dados *MEDLINE*

Search ID#	Search Terms	Search Options	Last Run Via	Results
S8	S1 AND S2 AND S3 AND S4	Limiters - Full Text; Date of Publication: 20100101-20151231 Narrow by SubjectAge: - all adult: 19+ years Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Basic Search Database - MEDLINE with Full Text	16
S7	S1 AND S2 AND S3 AND S4	Limiters - Full Text; Date of Publication: 20100101-20151231 Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Basic Search Database - MEDLINE with Full Text	33
S6	S1 AND S2 AND S3 AND S4	Limiters - Date of Publication: 20100101-20151231 Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Basic Search Database - MEDLINE with Full Text	110
S5	S1 AND S2 AND S3 AND S4	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Basic Search Database - MEDLINE with Full Text	187
S4	(MH "Nursing+") OR (MH "Oncology Nursing") OR (MH "Family Nursing") OR (MH "Nursing Staff+") OR (MH "Nursing Care+") OR (MH "Holistic Nursing") OR (MH "Skilled Nursing Facilities") OR (MH "Nursing Staff, Hospital") OR (MH "Evidence-Based Nursing") OR (MH "Advanced Practice Nursing") OR (MH "Hospice and Palliative Care Nursing") OR (MH "Patient Care Planning+") OR (MH "Nurses+") OR (MH "Patient-Centered Care+") OR	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Basic Search Database - MEDLINE with Full Text	472,975

	(MH "Nurse's Role") OR (MH "Nurse-Patient Relations") OR (MH "International Council of Nurses") OR (MH "Terminal Care+")			
S3	MH "Palliative Care") OR (MH "Hospice and Palliative Care Nursing") OR (MH "Hospices")	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Basic Search Database - MEDLINE with Full Text	48,784
S2	(MM "Oncology Nursing") OR (MM "Oncology Service, Hospital") OR (MH "Advanced Practice Nursing") OR (MH "Family Nursing") OR (MH "Hospice and Palliative Care Nursing") OR (MH "Holistic Nursing")	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Basic Search Database - MEDLINE with Full Text	10,956
S1	(MH "Communication+") OR (MH "Interdisciplinary Communication") OR (MH "Communication Barriers+") OR (MH "Nonverbal Communication+") OR (MH "Health Communication") OR (MH "Teach-Back Communication") OR (MH "Communication Methods, Total") OR (MH "Interpersonal Relations+") OR (MH "Language+") OR (MH "Kinesics+") OR (MH "Gestures") OR (MH "Feedback+") OR (MH "Crying")	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Basic Search Database - MEDLINE with Full Text	618,248

APÊNDICE III - Histórico de pesquisa na base de dados Joanna Briggs Institute Evidence-Based Practice Resources on Ovid

Search Strategy:

-
- 1 communication/ or information seeking behavior/ or language/ or literacy/ or narration/ or negotiating/ or nonverbal communication/ or teach-back communication/ or verbal behavior/ (33)
 - 2 oncology.mp. [mp=text, heading word, subject area node, title] (348)
 - 3 palliative.mp. [mp=text, heading word, subject area node, title] (320)
 - 4 nursing.mp. [mp=text, heading word, subject area node, title] (2160)
 - 5 1 and 2 and 3 and 4 (3)
 - 6 limit 5 to yr="2010 - 2015" (3)

1. A systematic review on the factors affecting effective communication between registered nurses and oncology adult patients in an inpatient setting.

Hui Tay, Li [BSc(Nursing)(Hons), RN]. Gail Hegney, Desley [PhD, BA(Hons), DNE, COHN, CANN, RN, RM]. Ang, Emily [DNurs, MN, BNCert. Edu., ONC, CCNC, RN]. JBI Database of Systematic Reviews & Implementation Reports. 8(22):869-916, 2010. AN: JBI4958

Keywords: oncology; hospital

MeSH Subject Headings: Communication; Nurses; Adult; Patients.

Year of Publication: 2010

Link to the Ovid Full Text or citation: [Click here for full text options](#)

2. Communication Skills Training for Health Professionals: Cancer Care.

Slade, Susan [BScApp (Physio), Grad Dip Manip Ther, M Musc Ther, PhD]. AN: JBI1304

Keywords: health professionals; skills training; cancer patients; cancer care

MeSH Subject Headings: Communication.

Year of Publication: 2015

Link to the Ovid Full Text or citation: [Click here for full text options](#)

3. Effective communication between registered nurses and adult oncology patients in inpatient settings.

Best Practice: evidence-based information sheets for health professionals. 15(1):1-4, 2011.

AN: JBI7112

Keywords: oncology; cancer; cancer care; nurse; chemotherapy; inpatient; acute care; psychological assessment; patient information; information sharing; communicate

MeSH Subject Headings: Communication.

Year of Publication: 2011

Link to the Ovid Full Text or citation: [Click here for full text options](#)

Apêndice III: *Check-list* de observação da interação
enfermeiro-pessoa/família

CHECK-LIST DE OBSERVAÇÃO DA INTERAÇÃO ENFERMEIRO-PESSOA/FAMÍLIA

Local de estágio: _____

Data: _____

Contexto onde ocorre a interação:

Contexto onde ocorre a interação:

ESTRATÉGIAS DE COMUNICAÇÃO UTILIZADAS PELO ENFERMEIRO

Estratégias de Comunicação Verbal	
Perguntas-abertas	
Explora diferentes perspectivas da situação	
Explora sentimentos/emóções	
Explora problemas e preocupações	
Promove a reflexão da pessoa	
Perguntas-fechadas	
Utiliza perguntas curtas e objetivas	
Enfatiza detalhes particulares	
Clairificação	
Esclarece conceitos ambíguos	
Pede para a pessoa reafirmar as suas palavras	
Validação	
Enfatiza a expressão de sentimentos/emóções	
Normaliza uma reação emocional (choro, tristeza)	
Legitima uma reação emocional	
Negociação	
Análisa os fatores envolvidos para a tomada de decisão	
Incentiva à concussualização de objetivos/metos	
Apresenta diferentes possibilidades de escolha	
Enfatiza os ganhos	
Força-se no que será feito	
Encerra a negociação quando há concussualização mútua	
Mantem uma "porta aberta" a novas possibilidades	
Reformulação	
Devolve o que a pessoa diz	
Reorganiza as ideias da pessoa com termos próprios	
Repete as ideias sem palavras idênticas	
Confrontação	
Utiliza termos precisos	
Tem uma atitude neutra e imparcial	
Enfatiza o esclarecimento de contradições/incoerências	
Resumo	
Identifica os aspetos-chave da interação	
Verifica se todas as questões foram discutidas	
Define os objetivos/metos a atingir	
Convida a pessoa a esclarecer dúvidas	
Propõe um plano terapêutico em parceria	
Agenda a próxima interação	
Enfatiza a continuidade dos cuidados	

Estratégias de Comunicação Não-Verbal	
	Expressão facial
	Expressa congruência com a linguagem verbal
	Expressa surpresa
	Expressa tristeza
	Expressa alegria
	Contacto Visual
	Olha nos olhos da pessoa
	Olha sem demasiada insistência
	Desvia o olhar (ex: quando a pessoa chora)
	Toque
	Cumprimenta com um aperto de mão
	Toca a mão/punho/braço/ombro
	Abraca
	Observa a reação ao toque
	Gere a intensidade do toque
	Respeita as características culturais
	Proxémica
	Respeita espaço interpessoal (40 cm a 1m)
	Respeita espaço íntimo (até 40 cm)
	Transpõe o espaço íntimo com consentimento da pessoa
	Ajusta a distância sempre que necessário
	Retira objetos que intercedam no fluxo de comunicação
	Postura corporal
	Senta-se junto da pessoa
	Vira a cara e o corpo na direção da pessoa
	Faz uma ligeira inclinação do tronco
	Apresenta os membros superiores/inferiores des cruzados
	Acena afirmativamente com a cabeça
	Evita movimentos repetitivos
	Silêncio
	Observa a pessoa durante o silêncio
	Permite o silêncio
	Oferece tempo para resposta/reflexão
	Evita "abusar do silêncio"
	Presença
	Envolve-se no momento presente
	Demonstra disponibilidade (suspende outras atividades)
	Manifesta vontade de <i>ficar com</i>
	Manifesta vontade de "amparar" o sofrimento
	Reforça compromisso do "não abandono"

Estratégias de Comunicação Para-Verbal	
Tom da voz	
1	Ajudo
2	Grave
3	Seguro
4	Audível
5	Ênfase determinados aspectos da interação
6	
7	
8	
Segregados Vocais	
9	Pausas no discurso
10	Interjeições vocais (hum,huntah,ah)
11	
12	
Ritmo do discurso	
13	Adaptado às necessidades físicas da pessoa
14	Adaptado às necessidades psicológicas da pessoa
15	Parusado
16	Calmo
17	

IMPACTO NA PESSOA/FAMÍLIA
Revela os seus desejos e preferências
Revela opinião/perspetiva/ponto de vista
Revela experiências/vivências importantes
Revela controlo sobre a sua situação
Revela medos/preocupações
Revela dissipação de sentimentos negativos
Revela um sentimento de segurança
Identifica o que a descomforta
Identifica as suas limitações
Identifica as suas potencialidades
Coloca perguntas
Escutase dúvidas
Participa ativamente na tomada de decisão
Sorri
Chora
Expressa uma postura corporal de abertura
Estabelece contacto visual
Expressa receptividade ao toque
Emite um tom de voz calmo
Expressa uma sensação de tranquilidade
Expressa o seu agradecimento
Solicita um novo encontro

Descrição da situação:

[illegible]

Apêndice IV: Reflexão - “Envolvimento dos cuidadores para a otimização de resultados na satisfação das necessidades da pessoa”

REFLEXÃO - “ENVOLVIMENTO DOS CUIDADORES PARA A OTIMIZAÇÃO DE RESULTADOS NA SATISFAÇÃO DAS NECESSIDADES DA PESSOA”

Numa filosofia de cuidados paliativos, a integralidade do ser humano é o foco da intervenção, como tal, preconiza-se que o enfermeiro auxilie a pessoa na satisfação das suas necessidades físicas, psicológicas, emocionais, sociais, espirituais, ou outras por ela identificadas. Nesta intervenção, a família, tanto a biológica como a adquirida, que pode incluir amigos, vizinhos ou outras pessoas significativas, pode, e deve, ser parceira na prestação de cuidados, pois conhece melhor do que os profissionais a pessoa, as suas necessidades, as suas peculiaridades, os seus desejos e angústias (Matsumoto, 2012).

Contudo, apesar da unidade de cuidados ser a díade pessoa/família, Malloy, Virani, Kelly, & Munévar (2010), referem que a identificação das necessidades¹ deve ter em consideração as diferenças existentes na comunicação enfermeiro-pessoa e enfermeiro-família. Perante esta perspetiva, percebe-se que o enfermeiro necessita compreender que necessidades lhe são apresentadas e, portanto, adquirir competências que lhe permitam uma comunicação honesta, uma esperança realista, assim como o ajuste de expectativas (Ordem dos Enfermeiros, 2015). Nesta linha de pensamento, questiono-me: *De que forma uma comunicação eficaz pode otimizar a satisfação das necessidades da pessoa/família? Que estratégias de comunicação podem ser mobilizadas para identificar e auxiliar a satisfação das necessidades da pessoa/família?*

Seguidamente será analisada uma situação da prática que ocorreu em contexto domiciliar, e que foca a importância das competências básicas e estratégias de comunicação para a identificação e auxílio na satisfação das necessidades da pessoa/família. O Sr. X tem 65 anos e vive com a sua esposa (Sra. Y) - a sua cuidadora informal. Saliento que a interação decorreu somente entre mim, a enfermeira orientadora e a Sra. Y, pois o seu marido havia “passado mais uma noite em claro” (sic) e encontrava-se a dormir no horário em que habitualmente almoçavam (12h). Durante cerca de uma hora, a interação teve como foco aspetos referentes não só à doença, mas também a toda a individualidade de vida de “um homem saudável e com muito sentido de humor” (sic).

¹ No âmbito da comunicação, a pessoa em situação paliativa manifesta a necessidade de informação; assistência no alívio de sintomas; uma oportunidade para revelar sentimentos; a manutenção de um sentido de controlo, e também a necessidade de saber que a sua vida tem um significado e um propósito. No que se refere à comunicação com os familiares, esta inclui igualmente a necessidade de informação, mas também a permissão para falar e ser escutado sobre a forma como se encontra a enfrentar o declínio e o processo de morte do seu ente querido (Malloy et al., 2010).

De modo a contextualizar a situação do Sr. X, passo a descrever de forma sucinta, uma parte da interação:

Sra. Y: *Ele era uma pessoa muito ativa, trabalhava muito, ajudava toda gente aqui no bairro e nunca tinha tido doenças ... e agora está assim.... Este é o segundo cancro que ele tem, pois assim que terminou os 5 anos de vigilância de um, apareceu-lhe outro. Estou exausta, mas vou aguentá-lo ao máximo aqui em casa, porque ele acredita que se for ao hospital ou a outra instituição de saúde, já não volta. Sinto-me nessa obrigação, pois não quero que ele sofra mais. Ele não dorme toda a noite... Nem ele nem eu, desde que começou a ficar doente, há anos que não sei o que é dormir uma noite inteira... eu só queria voltar à nossa vida normal.*

A Sra. Y referiu também que o seu cansaço era de tal ordem que não tinha tempo para cuidar de si, pois a experiência de cuidar do seu marido consumia-lhe toda a energia e entusiasmo e afetava as suas interações sociais. Fonseca & Rebelo (2011) corroboram esta perspectiva quando referem que, os momentos de descanso são imprescindíveis para “quebrar” as responsabilidades como cuidador, pois cuidar de uma pessoa em situação paliativa é uma experiência difícil a nível físico e psicológico.

Ao ser escutada, a Sra. Y sentiu interesse e aceitação da nossa parte, e sem que lhe fossem feitas questões, manifestou vontade em expressar o que sentia não só em relação ao percurso de doença do seu marido, mas também em relação à sua perspetiva atual e futura enquanto cuidadora. Na verdade, a Sra. Y falou sobre a doença do seu marido de uma forma exaustiva, com repetições de informação e detalhes que são para si marcantes, pelo que, foi importante perceber que a Sra. Y estava a contar uma história, a história da doença do seu marido, uma história da qual ela faz parte e que deve ser escutada atentamente. Sendo desconhecida para nós a trajetória de doença do Sr. X, foi fundamental que a tenhamos escutado com atenção, pois isso permite muitas vezes encontrar preocupações e ressentimentos antigos por resolver, que são da maior importância para o tratamento e apoio a prestar (Twycross, 2003). Pelo seu discurso, foi notório que naquele momento o Sr. X encontrava-se numa situação aguda de cuidados paliativos², e que era prioritário o controlo da insónia pois este sintoma não permitia o descanso de ambos.

Efetivamente, em contexto domiciliário, por inúmeras vezes os cuidados à pessoa em situação paliativa são suportados por cuidadores que não têm formação, experiência ou preparação para realizar esta tarefa extremamente exigente (Joad, Mayamol, & Chaturvedi, 2011), razão pela qual a capacitação dos cuidadores deve ser suportada numa comunicação eficaz que permita construir “um clima de confiança, um sentimento

² Numa situação aguda de cuidados paliativos, existe um desenvolvimento inesperado de um problema, com consequente aumento significativo da gravidade dos problemas preexistentes, o que vem justificar um maior número de intervenções terapêuticas mais complexas por parte da equipa (Neto, 2016).

de solidariedade e de capacitação que vai além do desempenho de tarefas de cuidar” (Ordem dos Enfermeiros, 2015, p. 9968). Neste entendimento, as dificuldades da Sra. Y não diziam apenas respeito ao cumprimento das tarefas de cuidar, mas antes à necessidade de receber informação, instrução e apoio da equipa de cuidados paliativos, para que, de forma concertada e construtiva, pudesse compreender, aceitar e colaborar nos ajustamentos que a doença e o doente determinam (Direção Geral da Saúde, 2004).

Nesta ótica, destaco um excerto da interação em que se revelou pertinente o uso da clarificação enquanto estratégia de comunicação verbal:

Enf^a: *Quando nos diz o regresso a uma vida normal, refere-se a quê concretamente?*

Sra. Y: *A uma vida sem doença... a uma vida em que ambos tínhamos saúde e trabalhávamos, a uma vida em que podíamos fazer o que queríamos sem restrições...*

Enf^a: *É compreensível que sinta essa vontade, mas não havendo de momento essa possibilidade...*

Foi reforçada a ideia que tínhamos ao dispor inúmeras terapêuticas que poderiam aliviar os sintomas, nomeadamente a insónia, e que certamente continuariam a existir bons momentos entre ambos, pois apesar da incurabilidade da doença, o seu marido não deixaria de ter um futuro ante si.

Foi igualmente importante escutar ativamente – uma competência básica de comunicação em cuidados paliativos (Querido, Salazar , & Neto, 2016). Escutámos atentamente a Sra. Y e permitimos que “ventilasse” as suas dúvidas, receios e preocupações. Por conseguinte, encorajámos o discurso da Sra. Y, acenando afirmativamente com a cabeça (interrompendo apenas se necessário) e intervindo para introduzir pequenas questões ou abordar tópicos importantes. Determinadas estratégias de comunicação não-verbal, como por exemplo a postura corporal, permitiram também demonstrar o nosso interesse em estarmos presentes. O facto de nos termos sentado junto da Sra. Y indicou tempo e disponibilidade, e quando inclinámos o nosso tronco para a frente também demonstrámos que, por um momento, se tinha tornado o centro da nossa atenção, manifestando uma postura de interesse (Phaneuf, 2005).

Pode-se desta forma afirmar, que a escuta ativa é uma forma de escuta que se concentra totalmente na compreensão do que o outro está a dizer, numa atitude de entendimento tanto do conteúdo da mensagem, como das emoções e sentimentos subjacentes à mesma (Phaneuf, 2005). Neste sentido, foi importante demonstrar interesse, o que demandou uma atitude positiva que acolhesse a pessoa, incentivando-a a falar sobre as questões que a preocupam, sem julgamentos, mas sim, com interesse na sua perspetiva individual (Strang, Henocho, Danielson, Browall, & Melin-Johansson, 2014).

A análise desta situação revela também a importância de outra estratégia de comunicação não-verbal, a presença. A nossa presença não foi meramente física, foi antes uma presença consciente com objetivos bem definidos que permitiu reconhecer “fatores de risco e situações problemáticas, associadas a exaustão física e emocional” (Ordem dos Enfermeiros, 2015, p. 9968). Segundo Goldsmith, Ferrell, Wittenberg-Lyles, & Ragan (2012), a presença do enfermeiro implica que este se encontre ativamente envolvido no momento presente, sensível ao contexto, sem julgamento e com uma atitude empática que inclui escutar ativamente sem interromper, à medida que valida os sentimentos que vão emergindo.

A empatia foi outra competência básica de comunicação (Querido, et al., 2016) que marcou a interação. A integração de estratégias verbais, não-verbais e para-verbais durante a interação, demonstrou claramente que a empatia é uma competência basilar de comunicação, pois quando somos empáticos, espelhamos um sentimento profundo de compreensão do que vive ou diz a pessoa, que é manifestado pela disponibilidade e proximidade física e afetiva por parte do enfermeiro (Phaneuf, 2005). Foram várias as demonstrações de empatia perante a Sra. Y: quando nos sentamos junto dela e a nossa expressão facial refletiu uma atenção profunda e respeito pelo que nos estava a dizer; quando o tom da nossa voz estava sincronizado com as emoções que expressava naquele momento; quando a tocamos intencionalmente exprimindo a nossa compreensão e vontade de a reconfortar; quando respeitamos os inúmeros momentos de silêncio; quando transmitimos o nosso desejo de fazer parte desta caminhada a seu lado, entre outros aspetos. Além do recurso a estas estratégias não-verbais e para-verbais, foi sublinhada a ideia que, não estávamos no seu lugar, mas podíamos imaginar que se sentisse cansada, e que por isso, estávamos ali para a ajudar.

Não obstante, uma resposta empática não se limitou à forma como comunicamos verbal, não-verbal e para-verbalmente, implicou também observar a comunicação não-verbal da Sra. Y (contacto visual, expressão facial, postura corporal, entre outros), no sentido de recebermos o seu *feedback*. Esta competência não deve ser descurada, pois segundo Twycross (2003, p. 41), “a capacidade das pessoas para expressarem pensamentos e sentimentos, especialmente negativos, varia muito. Para algumas pessoas, a comunicação verbal profunda é virtualmente impossível. Porém, muitos obtêm consideráveis benefícios a partir de expressões não-verbais”.

Considero que a eficácia da comunicação permitiu que a Sra. Y nos questionasse sobre algo que a inquietava. Efetivamente, a evidência sugere que é através de uma comunicação eficaz por parte do enfermeiro que a pessoa lhe faz perguntas e participa

nos cuidados, uma vez que, nas situações em que esta assumiu um papel ativo nos cuidados, comunicou mais com os enfermeiros no que se refere à partilha de informação e colaboração na tomada de decisão (The Joanna Briggs Institute, 2011).

Por conseguinte, a Sra. Y refere que há um ano atrás não tinha dúvidas sobre o benefício dos medicamentos homeopáticos. Contudo, atualmente questionava-se se o seu marido deveria manter a toma destes medicamentos, pois *“são muito caros, e já lhe custa a tomá-los porque ele está cada vez pior”* (sic). Tendo presente que a pessoa sobre a qual iria recair esta decisão não poderia naquele momento ter uma voz ativa, perguntámos se era importante para o seu marido a toma desta medicação, ao que respondeu: *“Acho que sim, na opinião dele deixar de tomar isto, é desistir de viver... Mas o que acham que é melhor para ele as senhoras enfermeiras?”*.

A análise destas palavras sugere que perante situações de tomada de decisão, pela proximidade que têm com os enfermeiros, a pessoa/família entende estar nas mãos dos profissionais de saúde a melhor de todas as decisões. Esta submissão ao poder e conhecimento clínicos demonstra que não é habitual o sentimento de que a pessoa é um ator principal no processo de tomada de decisão sobre os seus tratamentos e o que é decidido sobre si (Alvarenga, 2012). Reconhecendo que esta atitude paternalista poderia colocar de parte todo e qualquer desejo de participação da pessoa nas decisões a tomar, não descurámos a participação do Sr. X no processo de tomada de decisão. Tendo presente que este processo avalia as opções que decidem o melhor curso da intervenção, foi explicado à Sra. Y que, além de integrar os interesses do seu marido, esta decisão implicaria a análise de outros elementos da equipa.

Com efeito, um dos aspetos que caracteriza a qualidade em cuidados paliativos é o papel de cooperação que o enfermeiro desenvolve com os outros membros da equipa multidisciplinar em que, sustentado numa comunicação eficaz, torna-se um canal de transmissão das principais informações, avaliações críticas e definição de objetivos da pessoa e seus familiares (Krammer, Martinez, Ring-Hurn, & Williams, 2010). Neste sentido, o processo de tomada de decisão implicou uma abordagem multidisciplinar, havendo necessidade de recorrer a profissionais com experiência em homeopatia que nos informassem sobre as indicações de cada medicamento, efeitos secundários e eventuais interações com a medicação prescrita pela equipa. Esta intervenção vai ao encontro do que nos diz Kreps (2012), quando refere que os intervenientes no processo de comunicação, quer seja a pessoa/família, quer sejam os profissionais de saúde, têm necessidade de obter informações relevantes, precisas e oportunas que ajudem a tomar as melhores decisões de saúde. Além dos aspetos referidos, é importante sublinhar que,

o Sr. X e a sua esposa têm uma vida repleta de significados e experiências, e que o seu património cultural teve um peso significativo no planeamento individualizado dos cuidados e, inevitavelmente, no processo de tomada de decisão.

Dois dias após um ajuste terapêutico, o Sr. X já tinha conseguido dormir cerca de 4 horas seguidas. Foi notório o efeito positivo deste ajuste, mas ainda não era um resultado satisfatório para ambos. Encontrando-se apto a participar na tomada de decisão, foram apresentadas ao Sr. X e à sua esposa, diferentes possibilidades e explicados os pontos fortes e fracos de cada uma delas. Sintetizando a informação que foi obtida: dos 8 medicamentos homeopáticos que o Sr. X tomava, 4 deles tinham um fim curativo e os outros 4 eram para alívio de sintomas. Com o intuito de proporcionar o máximo de conforto ao Sr. X, foi negociada a possibilidade de serem excluídos os medicamentos com fim curativo, mantendo-se apenas os que aliviavam sintomas. Neste âmbito, destacou-se a negociação enquanto estratégia de comunicação verbal. Bach & Grant (2009) referem que em vez de se concentrar no que não será feito, a negociação deve ter como foco o que será feito, identificando quais são os objetivos dos cuidados propostos. Ao utilizarmos esta estratégia, foi essencial que o Sr. X e a sua esposa se sentissem apoiados pela equipa, havendo um compromisso de que não os iríamos abandonar à medida que a doença fosse progredindo, iríamos antes, planejar juntos como poderiam viver dias bons e significativos.

Outra estratégia de comunicação verbal utilizada durante a interação foi o resumo. Resumir os pontos-chave da interação foi importante para que, o Sr. X e a sua esposa, “assentassem” ideias e esclarecessem dúvidas sobre o que tinha sido dito. Foi igualmente útil escrever uma nova folha de terapêutica, de forma clara e objetiva, solicitando que interpretassem o seu conteúdo. Foi-lhes também pedido que anotassem perguntas ou preocupações que surgissem até à próxima visita, no sentido dessas serem discutidas. Esta intervenção foi securizante para a pessoa/família e, além disso, proporcionou um maior controlo sobre a sua vida e a gestão da sua doença. Terminada a interação, foi importante fazer um “balanço” da mesma: *Existem dúvidas sobre o que foi falado? Algum aspeto foi esquecido ou deveria ter sido abordado de forma diferente? Existe mais alguma coisa em que possamos ajudar?* A resposta a estas questões permitiu economizar tempo e recursos perante próximas visitas, daí a pertinência da sua realização.

A título conclusivo, fica patente a ideia que cuidar de uma pessoa em situação paliativa no domicílio constitui um desafio para os cuidadores informais e estes devem ser encarados numa lógica de quem *proporciona* e *precisa* de apoio em múltiplas dimensões. O confronto com situações com as quais não estão habituados a lidar irá exigir da sua

parte um esforço suplementar para responder de forma inesperada ao que possa surgir (Guarda, Galvão, & Gonçalves, 2010), o que implica que o enfermeiro construa, reavalie e atualize o plano de intervenção em parceria, reunindo com os mesmos periodicamente (Ordem dos Enfermeiros, 2015). Esta ideia sugere que a reavaliação de cada situação deve ser uma constante, sendo pertinente marcar sucessivos encontros ou fazer maiores investimentos em alturas fulcrais da evolução da doença, de modo a permitir o ajuste pessoal da pessoa e do cuidador perante a situação (Querido, et al., 2016).

Assumindo que o Sr. X se encontra atualmente numa fase “estável” da sua doença oncológica, foi necessário que a equipa antecipasse problemas futuros relacionados não só com a progressão da doença, mas também com uma possível exaustão do cuidador informal. A esposa do Sr. X, referiu que “aguentaria” ao máximo a sua permanência em casa pois, além de sentir essa obrigação, o seu marido recusava qualquer contacto com hospitais ou outras instituições de saúde. Não desvalorizando esta decisão, não deve ser descartada a possibilidade do Sr. X integrar uma unidade de cuidados paliativos. Twycross (2003) refere que o internamento numa unidade de cuidados paliativos pode ser considerado pela família como uma derrota, pelo que, será útil acentuar que a forma como conseguiram cuidar da pessoa durante tanto tempo foi notável mas que, ao serem agora necessários cuidados permanentes, é impossível continuarem sem um intervalo para o repouso. Luijkx & Schols (2011) acrescentam que quando a pessoa deixa de ser cuidada em casa para integrar uma instituição, é uma decisão tomada de forma deliberada e em parceria pessoa-família, ficando os profissionais de saúde à margem desta decisão.

Neste entendimento, a transição para cuidados paliativos revela-se um momento desafiador para a pessoa, família e para o enfermeiro, pelo que, o desenvolvimento de competências e conhecimentos na área da comunicação irá permitir que o enfermeiro ajude a pessoa/família a fazer uma transição “mais suave” (Moir, Roberts, Martz, Perry, & Tivis, 2015). Considerando que esta decisão é o resultado de negociações entre a pessoa e os seus familiares, em que os pontos de vista de ambos são igualmente importantes, embora os enfermeiros não tenham uma influência direta nesta decisão, verifiquei que é da competência do enfermeiro esclarecer dúvidas e disponibilizar informações sobre as unidades de cuidados paliativos, clarificando ideias pré concebidas sobre as mesmas. É legítimo que a pessoa/família sinta insegurança e receio perante uma nova realidade, pelo que somente um processo de comunicação eficaz possibilita uma tomada de decisão informada. Para este efeito, o processo de comunicação enfermeiro-pessoa/família não deve ser algo estandardizado e deve ser o resultado de uma aprendizagem mútua e contínua entre quem cuida e quem é cuidado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alvarenga, M. (2012). A comunicação na transferência dos cuidados curativos para os cuidados paliativos. Em A. Barbosa, *Investigação Qualitativa em Cuidados Paliativos* (pp. 81-104). Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Bach, S., & Grant, A. (2009). *Communication and Interpersonal Skills for Nurses*. United Kingdom: Learning Matters.
- Direção Geral da Saúde. (2004). Programa Nacional de Cuidados Paliativos. Lisboa: Direção Geral da Saúde. Obtido em 5 de Julho de 2015, de [http://www.apcp.com.pt/uploads/Plano_Nacional_CP___Circular_Normativa_\(DGS_13-7-2004\).pdf](http://www.apcp.com.pt/uploads/Plano_Nacional_CP___Circular_Normativa_(DGS_13-7-2004).pdf)
- Fonseca, J. V., & Rebelo, T. (2011). Necessidades de cuidados de enfermagem do cuidador da pessoa sob cuidados paliativos. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 64(1), 180-184. DOI:org/10.1590/S0034-71672011000100026.
- Goldsmith, J., Ferrell, B., Wittenberg-Lyles, E., & Ragan, S. L. (2012). Palliative Care Communication in Oncology Nursing. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 17(2), 163-167. DOI:10.1188/13.CJON.163-167
- Guarda, H., Galvão, C., & Gonçalves, M. J. (2010). Apoio à família. Em A. Barbosa, & I. G. Neto, *Manual de Cuidados Paliativos* (2ª ed., pp. 751-760). Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Joad, A. S., Mayamol, T., & Chaturvedi, M. (2011). What Does the Informal Caregiver of a Terminally ill Cancer Patient Need? A Study from a Cancer Centre. *Indian Journal of Palliative Care*, 17(3), 191-196. DOI:10.4103/0973-1075.92335
- Krammer, L. M., Martinez, J., Ring-Hurn, E. A., & Williams, M. B. (2010). The Nurse's Role in Interdisciplinary and Palliative Care. Em M. Matzo, & D. W. Sherman, *Palliative Care Nursing: quality care to the end of life* (3ª ed., pp. 97-106). New York: Springer Publishing Company.
- Kreps, G. L. (2012). Communication and Palliative Care: E-Health Interventions and Pain Management. Em R. J. Moore, *Handbook of Pain and Palliative Care: Biobehavioral Approaches for the Life Course* (pp. 43-52). Rockville: Springer. DOI:10.1007/978-1-4419-1651-8
- Luijckx, K. G., & Schols, J. M. (2011). Perceptions of terminally ill patients and family members regarding home and hospice as places of care at the end of life. *European Journal of Cancer Care*, 20(5), 577-584. DOI:10.1111/j.1365-2354.2010.01228.x

- Malloy, P., Virani, R., Kelly, K., & Munévar, C. (2010). Beyond Bad News-Communication Skills of Nurses. *Journal of Hospice and Palliative Nursing*, 12(3), 166-174. DOI:10.1097/NJH.0b013e3181d99fee
- Matsumoto, D. Y. (2012). Cuidados Paliativos: conceitos, fundamentos e princípios. Em R. T. Carvalho, & H. A. Parsons, *Manual de Cuidados Paliativos* (2ª ed., pp. 23-30). São Paulo: Academia Nacional de Cuidados Paliativos.
- Moir, C., Roberts, R., Martz, K., Perry, J., & Tivis, L. J. (2015). Communicating with patients and their families about palliative and end-of-life care: comfort and educational needs of nurses. *International Journal of Palliative Nursing*, 21(3), 109-112. DOI:10.12968/ijpn.2015.21.3.109
- Neto, I. G. (2016). Cuidados Paliativos: Princípios e conceitos fundamentais. Em I. G. Neto, *Manual de Cuidados Paliativos* (3ª ed., pp. 1-22). Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Regulamento n.º 188/2015 - Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa*. Lisboa. Obtido em 15 de Junho de 2015, de http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_188_2015_Competencias_Especificas_EE_Pessoa_Situacao_Cronica_Paliativa.pdf
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência.
- Querido, A., Salazar, H., & Neto, I. G. (2016). Comunicação. Em A. Barbosa, P. R. Pina, F. Tavares, & I. G. Neto, *Manual de Cuidados Paliativos* (3ª ed., pp. 815-832). Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Strang, S., Hensch, I., Danielson, E., Browall, M., & Melin-Johansson, C. (2014). Communication about existential issues with patients close to death-nurses' reflections on content, process and meaning. *Psycho-Oncology*, 23(5), 562-568. DOI:10.1002/pon.3456
- The Joanna Briggs Institute. (2011). Effective communication between registered nurses and adult oncology patients in inpatient settings. *Best Practice: Evidence-based information sheets for health professionals*, 15(1), 1-4. Obtido em 3 de Outubro de 2015, de <http://connect.jbiconnectplus.org/ViewSourceFile.aspx?0=7112>
- Twycross, R. (2003). *Cuidados Paliativos* (2ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores.

Apêndice V: Reflexão - “Comunicação culturalmente sensível no cuidado à
pessoa com doença oncológica em situação paliativa e seus familiares”

REFLEXÃO - “COMUNICAÇÃO CULTURALMENTE SENSÍVEL NO CUIDADO À PESSOA COM DOENÇA ONCOLÓGICA EM SITUAÇÃO PALIATIVA E SEUS FAMILIARES”

Sendo a Enfermagem a profissão que, na área da saúde, tem como objetivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde (Decreto-Lei nº 161/96 de 4 de Setembro, 1996), não podemos deixar de considerar as experiências de saúde/doença do ser humano em tudo o que têm de único. Por conseguinte, a comunicação enfermeiro-pessoa/família só será única e individualizada se, considerarmos que, os conceitos de saúde e doença são definidos culturalmente. A cultura é um conjunto de elementos que mediam e qualificam qualquer atividade física ou mental, que não seja determinada pela biologia, e que seja compartilhada por diferentes membros de um grupo social e que permite, antes de tudo, uma visão do mundo (Langdon & Wiik, 2010). Enquanto sistema de símbolos e crenças compartilhadas, a cultura é um fator importante na estrutura dos padrões da experiência humana, valores, comportamentos e doença, na medida em que, suporta o sentido de segurança, integridade e pertença e fornece uma abordagem para a melhor forma de conduzir a vida e a morte (End-of-Life Nursing Education Consortium, 2012).

Nem sempre estamos conscientes que a cultura impregna os comportamentos que estão ligados à comunicação (Phaneuf, 2005) e, não sendo a prática de Enfermagem uma prática universal, o enfermeiro precisa estar atento ao modo como comunica num contexto de diversidade cultural. Efetivamente, numa sociedade multicultural como a nossa, e porque os contextos de cuidados tendem a ser marcados pela diversidade cultural, torna-se fundamental que o enfermeiro esteja preparado para oferecer uma resposta plural e terapêutica perante situações complexas de comunicação. Em cuidados paliativos as dificuldades de comunicação são acrescidas porque a cultura forma um sistema individualizado, em que cada pessoa/família apresenta o seu modo peculiar de comportamento ou forma de estar perante as perdas, a incapacidade, o sofrimento, a vida e a morte, que é conhecida pelos que a integram, mas desconhecida por parte do enfermeiro que detenha uma bagagem cultural diferente. Nesta ótica, Goldsmith, Ferrell, Wittenberg-Lyles, & Ragan (2012) referem que a força da cultura, os relacionamentos e a fragilidade de determinados sistemas familiares apresentam grandes desafios de comunicação, razão pela qual a comunicação deve ser alinhada à da pessoa/família, ajustando o tom da voz, proximidade e idioma, sem estereótipos ou assumindo

determinado conhecimento cultural, pois a adaptação a uma infinita gama de práticas rituais, crenças no tratamento e preferências da família, exige intencionalidade. Faz assim sentido que tenhamos presente *com quem comunicamos e como comunicamos*, acreditando que *Comunicação, Cultura e Cuidados Paliativos* estabelecem entre si uma estreita relação.

A *European Oncology Nursing Society* alega que o enfermeiro deve garantir que a comunicação é culturalmente sensível (EONS, 2013). O desenvolvimento desta competência levantou-me algumas questões: *Tenho procurado ativamente informações que melhorem a minha própria consciência e compreensão perante a diversidade cultural? Que estratégias devo utilizar para comunicar eficazmente com uma pessoa/família que se apresenta com uma cultura diferente da minha? Pondero de que forma melhora ou prejudica a relação com a pessoa/família pela forma como comunico verbal, não-verbal e para-verbalmente? De que forma posso ser culturalmente sensível no que se refere à comunicação perante a pessoa com doença oncológica em situação paliativa e seus familiares?* Encontrar uma resposta para estas questões não é algo linear e tem implícito o meu desenvolvimento de competências de comunicação, um processo que tem ocorrido paulatinamente, interação após interação.

A presente reflexão remonta a uma situação que vivenciei no seio da equipa intra-hospitalar de suporte em cuidados paliativos, em contexto hospitalar. Foi pedida a nossa intervenção para uma senhora de 42 anos (Sra. B), que se encontrava internada por descontrolo sintomático. O facto de não termos outras informações sobre o estado em que a pessoa se encontrava levou a que priorizássemos esta situação. Como tal, dirigimo-nos ao serviço de internamento, de modo a que, o quanto antes, a Sra. B acesse aos cuidados prestados pela equipa.

No que se refere ao *timing* de intervenção das equipas de cuidados paliativos a evidência alega que, estes cuidados podem ser fornecidos em simultâneo com tratamentos que prolonguem a vida e que o ideal seria que todas as pessoas com doença crónica ou limitante recebessem uma consulta de cuidados paliativos no momento do diagnóstico (End-of-Life Nursing Education Consortium, 2012). Em regime de consulta externa esta intervenção é realizada pela equipa e, de acordo com a informação que obtivemos, a Sra. B não usufruiu deste acompanhamento. Face ao escasso conhecimento sobre a situação da Sra. B, consultámos o processo clínico no sentido de tentarmos compreender melhor a sua trajetória de doença. Verificámos que a doença oncológica tinha sido diagnosticada há cerca de um ano e que após o insucesso de diferentes linhas terapêuticas, havia progredido. A descrição dos registos evidenciava que a dor tinha sido

um sintoma muito presente, tendo recorrido várias vezes ao serviço de urgência e a consultas de dor com o intuito de controlar a mesma. Falámos também com a enfermeira que tinha admitido a Sra. B no serviço. Referiu-nos que também não conhecia a Sra. B, mas que a achava desconfortável. Após uma breve contextualização, importava agora, conhecermos a Sra. B.

Dirigimo-nos ao quarto e, quando observámos a Sra. B, percebemos que se encontrava em fase terminal, com uma marcada deterioração do seu estado geral. Não reagia a estímulos externos, apresentava uma respiração ruidosa (estertor) e um gemido constante. Tinha ao seu lado uma senhora sentada (e oito familiares no corredor) que, quando nos viu, foi de imediato chamar a irmã da Sra. B (Sra. X), referindo que esta seria a melhor pessoa para falarmos pois poderia ter dificuldade em entender-nos. Perante esta afirmação, percebi que poderia existir uma barreira linguística e que, inevitavelmente, teríamos de encontrar estratégias para a ultrapassar.

Esta perspetiva é corroborada por Phaneuf (2005) ao referir que, quando a língua falada pelas pessoas cuidadas difere da que domina o contexto de cuidados pode dar azo a incompreensões, competindo ao enfermeiro procurar, por todos os meios, compreender e fazer-se compreender, seja por gestos, mímicas, desenhos e tudo o que a comunicação não-verbal possa fornecer. Saliento que esta barreira linguística foi ultrapassada, pois a Sra. X falava fluentemente português.

Apresentámo-nos à Sra. X e referimos que fazíamos parte da equipa intra-hospitalar de suporte em cuidados paliativos. Ao perceber que tinha compreendido o propósito da nossa intervenção, questionei-me: *Que dúvidas apresenta? Quais os seus receios/medos? Como podemos ajudá-la a gerir esta situação? Como vamos iniciar esta interação?* Segundo Malloy, Virani, Kelly, & Munévar (2010), para que a comunicação seja eficaz devemos incorporar o contexto cultural de cada pessoa/família de quem cuidamos.

Face ao desconhecimento do património cultural desta pessoa/família, e no sentido de compreendermos quais eram as suas necessidades naquele momento, foi imprescindível escutar ativamente a Sra. X. Ao sentir-se escutada, sem que lhe tivéssemos perguntado, contou-nos como decorreu a trajetória de doença da sua familiar. Referiu ainda que a família é oriunda de Cabo Verde e que vieram para Portugal acompanhar a Sra. B durante a ida aos exames, consultas e tratamentos. De acordo com Heyse-Moore (2009) revela-se importante uma escuta ativa das histórias que a pessoa conta, pois estas são uma parte integrante de todas as culturas e, quando a pessoa conta ou reconta a narrativa da doença pretende servir uma necessidade humana profunda: dar sentido e descobrir um significado para a vida.

Não havendo possibilidade da Sra. B comunicar verbalmente focámos a interação na sua irmã (Sra. X):

Enf^a: *A senhora que a conhece bem, como vê hoje a sua irmã? Parece-lhe como em relação a ontem?*

Sra. X: *Sinto que ela está pior que ontem... ontem ainda abriu os olhos. Mas não me parece que isso volte a acontecer... Ela agora tem também este barulho quando respira, e ontem não tinha...*

Em virtude da amplitude das perguntas-abertas, a resposta obtida incluiu aspetos referentes não só ao estado em que se encontrava a Sra. B, mas também a aspetos que naquele momento incomodavam a Sra. X. A realização destas perguntas permitiu que a Sra. X oferecesse a sua própria perspetiva, opinião e sentimentos, promovendo a reflexão, e fomentando informações ricas acerca dos conteúdos e significados da situação (McEwen & Harris, 2010). Efetivamente as perguntas-abertas são complexas, pois suscitam uma resposta mais elaborada que pode veicular a expressão de emoções e sentimentos. A sua não directividade faz delas uma ferramenta preciosa para a comunicação, colheita de dados e, sobretudo, para a relação de ajuda (Phaneuf, 2005). Além disso, as perguntas abertas deixam bastante liberdade à pessoa para poder responder como entender, pois não se encontram dirigidas para um tipo de resposta (Bermejo, 2011). Na continuidade da interação, a realização de perguntas-fechadas também se revelou facilitadora para a obtenção de outras informações:

Enf^a: *E este barulho incomoda-a?*

Sra. X: *Sim...*

Esta pergunta-fechada, ao explorar uma questão específica, permitiu obter um detalhe particular, nomeadamente se o “barulho” que havia referido a incomodava. De facto, a pergunta-fechada não facilita o diálogo, nem supõe nenhum desenvolvimento, mas torna possível o acesso a informações precisas e limitadas (Phaneuf, 2005). Neste sentido, pode-se afirmar que as perguntas-fechadas permitiram a colheita de informações factuais e precisas. As perguntas-fechadas seguem-se, habitualmente, às perguntas-abertas e, a combinação destes dois tipos de perguntas permite avaliar e compreender a perspetiva da pessoa/família (McEwen & Harris, 2010). Revelou-se assim importante intervir, por forma a aliviar o incómodo que este “barulho” causava diminuindo a quantidade de secreções.

Como tal, referimos à Sra. X:

Enf^a: *A sua irmã parece-nos desconfortável. Sugerimos um ajuste da medicação de modo a que possamos deixá-la mais confortável. Que lhe parece? Concorde com esta perspetiva?*

Nesta situação, as decisões foram tomadas em parceria com a Sra. X e, para isso, recorremos à negociação, enquanto estratégia de comunicação verbal. Esta estratégia permitiu apresentar diferentes possibilidades de escolha, tendo em conta os principais interesses da pessoa (neste caso assumidos pela sua familiar). Por conseguinte, negociar integrou o princípio de que a pessoa/família devem ser educadas sobre as opções de cuidados que lhe são propostas, para que possa tomar decisões informadas de acordo com os seus desejos individuais (End-of-Life Nursing Education Consortium, 2012). No que diz respeito às opções terapêuticas tomadas nesta situação, e que visavam única e exclusivamente uma intenção paliativa, há que ter em consideração que não é aceitável fazer escolhas que acarretem qualquer sofrimento adicional pois o objetivo central de uma intervenção numa fase final de vida é proporcionar o máximo de conforto, sem o intuito de acelerar ou atrasar o processo de morte (Neto, 2016).

Fruto de um saber clínico especializado, foi proposta a administração de medicação em perfusão contínua, pois um controlo sintomático mais rápido e efetivo iria conferir conforto não só à pessoa, mas também aos seus familiares. Para este efeito, foi necessário explicar a razão de ser desta intervenção com rigor, verdade e uma linguagem clara. Esta possibilidade foi considerada sensata e adequada por parte da Sra. X e, por isso, avançámos com o procedimento. Não obstante, importa admitir que, se tal não acontecesse, seria importante explorar eventuais objetivos conflitantes de modo a que fosse encontrada uma nova compreensão da situação e o melhor caminho a seguir, tendo em conta os seus principais desejos e interesses.

No que se refere à comunicação para-verbal considero importante salientar o tom da voz utilizado durante a interação. Quando falamos devemos ter presente que as palavras não são as únicas a transmitir sentido. O tom da nossa voz é igualmente expressivo, pois traduz as nossas reações, as nossas emoções e adquire, por vezes, uma importância maior que as palavras utilizadas. Tomando como exemplo o processo de tomada de decisão, a Sra. X foi questionada num tom de voz calmo e seguro, pois um tom elevado poderia sugerir imposição. Nesta ótica, Phaneuf (2005) afirma que, um tom de voz seguro demonstra autoconfiança e autoafirmação, atitudes essenciais no sucesso da comunicação e relação enfermeiro-pessoa/família. Saliento ainda que o tom de voz utilizado durante a interação não foi elevado, pois num quarto partilhado com quatro pessoas, competia-nos assegurar a privacidade da interação. Claramente inferior ao ideal, e com o consentimento da Sra. X, fechamos as cortinas em torno do leito, por forma a conferir uma sensação de privacidade. Inerente à privacidade, Querido, Salazar, & Neto (2016) mencionam que os enfermeiros têm que estar preparados para encontrar pessoas

e famílias com valores e práticas diferentes, em que aspetos relacionados com o toque, tom de voz ou contacto visual, poderão ter que ser aferidos, para não correrem o risco de tomar atitudes que venham a ser mal interpretadas.

No que se refere ao toque, enquanto estratégia de comunicação não-verbal, foi essencial perceber qual seria a sua aceitação por parte dos familiares. Tocar a mão, o braço ou o ombro da pessoa/familiar pode revelar-se útil para mostrarmos que partilhamos o seu sofrimento, porém, tocar faz-nos evidentemente penetrar na zona íntima da pessoa (Phaneuf, 2005) e, por isso, mantivemo-nos atentas às reações que poderiam surgir, prontas a ajustar este comportamento, se fosse necessário. Por desconhecermos qual seria a reação ao toque por parte dos familiares, não tocamos a mão, o braço ou a face, mas antes o ombro da Sra. B. Senti que o facto da Sra. B não comunicar verbalmente devolveu-me uma sensação de impotência que de certa forma foi “recompensada” pela forma como a toquei. Esta intervenção sublinhou a ideia de que é importante não subvalorizar o toque. Perrin (2010) refere que, o toque é frequentemente subvalorizado perante uma pessoa em fim de vida e que as razões para que tal aconteça incluem o medo, o desconforto, estereótipos sobre pessoas que estão a morrer e a consciência da nossa própria vulnerabilidade.

A Sra. B faleceu duas horas após a nossa intervenção e, por serem aqueles os seus últimos momentos de vida, considero que teria sido importante conhecer de uma forma mais aprofundada a sua cultura e de quem a acompanhava. Face às particularidades culturais de cada pessoa/família, questionei-me se os seus familiares apresentariam o desejo de cumprir algum ritual naquele momento e de que forma os poderíamos ter ajudado nesse sentido. Embora esta prática não seja comum, partilho da perspetiva de Langdon & Wiik (2010), quando referem que é essencial não fazer julgamentos ou críticas de rituais ou costumes de outras culturas para nós desconhecidas, pois esta atitude pode ser geradora de conflitos ou criar barreiras de comunicação que dificultem a intervenção. Como tal, devemos tentar entender o seu *porquê*, no sentido de evitarmos uma compreensão etnocêntrica a seu respeito.

Perante o *timing* da intervenção da equipa (limitado), questiono-me se a Sra. B teria tido uma “boa morte”. Quando os desejos e interesses da pessoa/família são previamente estabelecidos torna-se mais fácil para o enfermeiro ajudar a pessoa a *morrer bem* (End-of-Life Nursing Education Consortium, 2012). E “morrer bem”, assume em cada cultura diferentes interpretações. *Morrer bem significa limitar o uso de tecnologia, aliviar sintomas e a presença afetuosa de familiares e amigos? Ou morrer bem significa que foi utilizada a mais recente tecnologia médica lutando até o último suspiro?*

Estas questões sugerem que sem uma comunicação eficaz que permita um planeamento da tomada de decisão, o enfermeiro não pode ter certezas do rumo a tomar para ajudar a pessoa a *morrer bem*. Faz-me sentido refletir sobre estas questões, porque quando acompanhamos a pessoa ao longo da sua trajetória de doença e escutamos quais são as suas crenças e valores perante a vida e perante a morte, temos mais facilidade em conferir-lhe uma *boa morte*, pois clarificamos previamente este conceito. Nesta situação, este percurso não existiu e, por isso, ficou latente uma sensação de querer fazer *mais e melhor* mas, de facto, cuidar no sentido de prevenir e ou aliviar o sofrimento em fim de vida requer atenção, organização e tempo (End-of-Life Nursing Education Consortium, 2012).

No que se refere à morte propriamente dita, não presenciámos este momento mas, tendo presente que todas as culturas têm uma maneira própria de lidar com morte, competir-nos-ia entender a resposta da família perante a morte do seu ente querido, o que inclui mostrar respeito pelo património cultural da família, encorajando-a a decidir sobre como respeitar e honrar a morte (Sherman, 2010). Sem pretender esgotar o assunto, e muito menos encontrar resposta para as múltiplas interrogações que esta temática levanta, fica patente a ideia de que, numa sociedade em que a tendência é querer uniformizar crenças, valores e comportamentos, devemos ser capazes de aceitar a pessoa/família na sua individualidade cultural. Considero que, perante situações futuras, irei integrar na forma como comunico as expectativas culturais da pessoa/família perante a saúde e a doença, a vida e a morte... aspetos que até então descurava e que são primordiais para a eficácia da comunicação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bermejo, J. C. (2011). *Introducción al counselling (relación de ayuda)*. Maliaño: Sal Terrae.
- Decreto-Lei nº 161/96 de 4 de Setembro. (1996). Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. Diário da República I Série A, N.º 205 (04.09.1996). 2959-2962. Obtido em 3 de Setembro de 2015, de <http://www.ordemenfermeiros.pt/AEnfermagem/Documents/REPE.pdf>
- End-of-Life Nursing Education Consortium. (2012). *History, Statewide Effort and Recommendations for the Future: Advancing Palliative Nursing Care*. Long Beach: Archstone Foundation. Obtido em 10 de Dezembro de 2015, de <http://www.aacn.nche.edu/elnece/publications/ELNEC-Monograph.pdf>

- European Oncology Nursing Society. (2013). *Cancer Nursing Curriculum* (4^a ed.). Bruxelas: European Oncology Nursing Society. Obtido em 5 de Julho de 2015, de [http://www.cancernurse.eu/documents/EONSCancerNursingCurriculum2013.pdf#search="competences 2013"](http://www.cancernurse.eu/documents/EONSCancerNursingCurriculum2013.pdf#search=competences%202013)
- Goldsmith, J., Ferrell, B., Wittenberg-Lyles, E., & Ragan, S. L. (2012). Palliative Care Communication in Oncology Nursing. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 17(2), 163-167. DOI:10.1188/13.CJON.163-167
- Heyse-Moore, L. (2009). *Speaking of Dying - A Practical Guide to Using Counselling Skills in Palliative Care*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Langdon, E., & Wiik, F. (2010). Antropologia, Saúde e Doença: uma introdução ao conceito de cultura aplicado às ciências da saúde. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 18(3), 173-181.
- Malloy, P., Virani, R., Kelly, K., & Munévar, C. (2010). Beyond Bad News-Communication Skills of Nurses. *Journal of Hospice and Palliative Nursing*, 12(3), 166-174. DOI:10.1097/NJH.0b013e3181d99fee
- McEwen, A., & Harris, G. (2010). Communication: fundamental skills. Em S. Kraszewski, & A. McEwen, *Communication Skills for Adult Nurses* (pp. 1-22). England: Bell and Bain.
- Neto, I. G. (2016). Cuidados Paliativos: Princípios e conceitos fundamentais. Em I. G. Neto, *Manual de Cuidados Paliativos* (3^a ed., pp. 1-22). Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Perrin, K. O. (2010). Communication with Seriously ill and Dying Patients, Their Families, and Their Health Care Providers. Em M. Matzo, & D. W. Sherman, *Palliative Care Nursing: Quality Care to the End of Life* (3^a ed., pp. 169-186). New York: Springer Publishing Company.
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência.
- Querido, A., Salazar, H., & Neto, I. G. (2016). Comunicação. Em A. Barbosa, P. R. Pina, F. Tavares, & I. G. Neto, *Manual de Cuidados Paliativos* (3^a ed., pp. 815-832). Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Sherman, D. W. (2010). Culture and Spirituality as Domains of Quality Palliative Care. Em M. Matzo, & D. W. Sherman, *Palliative Care Nursing: Quality Care to the End of Life* (3^a ed., pp. 3-38). New York: Springer Publishing Company.

Apêndice VI: Reflexão - “Aprendendo a gerir más notícias”

REFLEXÃO - “APRENDENDO A GERIR MÁS NOTÍCIAS”

A Enfermagem, enquanto disciplina do cuidar, assume a importância de estabelecer uma comunicação eficaz com a pessoa/família, o que engloba naturalmente a identificação daquilo que é importante para a mesma numa atitude de procura e compreensão das suas vivências. Nesta lógica, a comunicação deve ser adaptada à individualidade de cada um, sendo essencial que esta se desenvolva com base na agenda da pessoa, isto é, de acordo com as suas necessidades de informação, as suas preocupações e expectativas. Por conseguinte, a pessoa deveria ter a oportunidade de solicitar a informação, definir o ritmo e o tempo e ter a oportunidade de escolher os profissionais envolvidos durante a interação (Querido, Salazar, & Neto, 2016). Esta linha de pensamento remete-me para uma temática importante no âmbito da comunicação em cuidados paliativos: a transmissão e gestão de “más notícias”. A presente reflexão diz respeito a uma situação que ocorreu em contexto hospitalar, cuja eficácia da comunicação enfermeiro-pessoa com doença oncológica em situação paliativa permitiu gerir a angústia e incerteza resultantes da transmissão de uma “má notícia”. Pretendo com a análise desta situação demonstrar de que forma a utilização de estratégias de comunicação verbal, não-verbal e para-verbal, permitiram gerir estes sentimentos.

Trata-se da Sra. N, uma mulher de 77 anos, que é acompanhada pela equipa de suporte em cuidados paliativos no domicílio, mas que, por descontrolo da dor, se encontra atualmente internada em contexto hospitalar. Durante a interação, a Sra. N confidenciou-nos alguns assuntos que a preocupavam e que implicaram uma maior exploração da nossa parte. Exponho de seguida alguns excertos da interação:

Sra. N: *Cheguei ao serviço muito cansada depois de fazer tantos exames...E de repente, entra-me para aqui um médico, um médico que não era o meu, que veio dizer que em princípio não havia compressão medular, mas que tinha de fazer radioterapia!*

Após estas palavras da Sra. N, recorrendo a perguntas-abertas, a enfermeira orientadora (Enf.^a) tentou perceber o que a cliente tinha percebido relativamente a esta informação, por forma a explicar-lhe, de forma clara e objetiva, o que efetivamente estava a acontecer. De facto, esclareceu muitas das suas dúvidas. Elucidou a Sra. N que a massa tumoral que tinha na anca tinha aumentado e era por isso que estava com uma dor diferente da que tinha, ou seja, que o problema não estava na coluna, mas sim na progressão da doença oncológica (localizada na anca). A Enf.^a informou também a Sra. N que se aguardava observação da equipa da radioterapia, para se perceber que proposta de tratamento seria oferecida. Acrescentou ainda que, a radioterapia tinha como intuito

aliviar a dor e diminuir o efeito que a dita massa estava a exercer e que, até ser observada por esta equipa, a medicação para controlar a dor seria otimizada.

Após esta explicação, ocorreram uns segundos de silêncio e a Enf.^a referiu:

Enf.^a: *Está a seguir o meu raciocínio? Estou a ser clara até agora? Faz-lhe sentido o que estou a dizer?*

Sra. N: *Sim senhora enfermeira, estou a perceber ... mas veja lá...Eu até estava convencida que ia dormir bem de noite, porque estava tão cansada de ter andado às voltas... mas depois, veio aqui aquele médico, um médico que não é o meu, e disse-me aquilo... e eu não dormi a noite toda!*

Enf.^a: *E acha que foi esta notícia que não a deixou dormir?*

Sra. N: *Foi, sim...*

Enf.^a: *Imagino que hoje se sinta muito cansada por não ter dormido... Sente-se nervosa, ansiosa?*

Sra. N: *Sim, bastante desde que recebi aquela notícia.*

Enf.^a: *Teve um impacto grande esta notícia?*

Sra. N: *Teve... eu tenho pensado... e eu gostaria de saber a notícia de que vou morrer, claro... toda gente vai morrer, mas gostava de estar preparada para...*

Enf.^a: *Mas estar preparada para a notícia?*

Sra. N: *Sim... ter uma preparação para a notícia. Não receber a noticia assim desta forma... de chofre!*

Enf.^a: *Mas então o que me está a dizer é que associou a notícia que o médico lhe disse à possibilidade de morrer?*

Sra. N: *Sim, foi isso. Ele disse-me isso de caras...*

Enf.^a: *Então ficou com a sensação de que o discurso do médico era sinónimo de que poderia morrer, é isso? Não sei se podemos fazer esta associação direta...*

Sra. N: *Pois... mas eu fiz!*

Enf.^a: *Sim, percebemos que fez. Mas não sei se podemos, e eu explico-lhe porquê.*

O discurso da Sra. N expressa claramente que a informação recebida foi para si uma “má notícia”. As “más notícias” são informações que alteram drástica e desagradavelmente a opinião que a pessoa tem do seu futuro (Twycross, 2003). Saliento que, por duas vezes, a Sra. N referiu com desagrado que a “má notícia” foi transmitida por um médico que não era o seu. Perguntei-me naquele momento, de todos os envolvidos no processo de cuidados, quem seria o profissional mais “apto” a fazê-lo. Alvarenga (2012) refere que a notícia deve ser transmitida pelo profissional que acompanhou a pessoa no processo de cuidados com o intuito curativo, que estabeleceu uma relação terapêutica com a pessoa que durou em alguns casos anos e não o profissional de saúde que a recebe representando uma equipa de cuidados. Esta perspetiva sugere que deveria ter sido o médico assistente da Sra. N a transmitir esta notícia e não um médico que desconhecia. Perante a ausência do seu médico assistente, teria sido menos desconfortável para a Sra. N a transmissão desta notícia por parte da enfermeira ou médica da equipa de cuidados paliativos? Julgo que sim, pela relação de confiança existente, pois na realidade, a dimensão emocional dos cuidados deve aliviar o

sofrimento psíquico da pessoa que vivencia a fase final da vida, sofrimento que pode ser verbalizado pela pessoa quando há uma relação de confiança com o profissional de saúde (Araújo, 2011). Nesta ótica, Buckman (2001) propõe um protocolo – **SPIKES** – para a transmissão das “más notícias”. Este protocolo consiste essencialmente na avaliação das expectativas da pessoa antes da partilha de informação. A partilha de informação da dita “má notícia” não fez parte da nossa intervenção, mas antes a sua gestão. Reconhecendo que o protocolo de Buckman não se limita à transmissão de “más notícias” (Buckman, 2001), considero importante expor a nossa intervenção, percorrendo o mesmo.

SPIKES: S (Setting): contexto físico ou ambiente onde ocorre a interação.

A Sra. N encontrava-se confinada ao leito, num quarto com mais uma cama. A garantia da privacidade durante a interação foi primordial e não foi comprometida pois a cama ao lado estava desocupada. Por forma a otimizar o contexto físico onde iria decorrer a interação, retiramos objetos tais como a mesa de refeição e uma cadeira, que nos afastavam da Sra. N. Fechámos também a porta, pois o ruído que se fazia sentir no corredor era significativo e poderia condicionar a eficácia da comunicação.

SPIKES: P (Perception): a perceção que a pessoa tem sobre a situação.

Antes de avançar com detalhes específicos relativamente à sua situação a Enfª tentou perceber o que a Sra. N sabia, tendo presente a seguinte máxima: *Before you tell, ask!* (Buckman, 2001), isto é, antes de falarmos, devemos perguntar. Para este efeito em diferentes momentos da interação foram utilizadas perguntas-abertas, tais como: *O que sabe sobre a evolução da doença? O que teme sobre a sua condição atual? Compreende qual a razão do internamento? Quando teve o primeiro desequilíbrio ao caminhar, o que achou que estava a acontecer? Acha que é algo sério? Que informações já obteve sobre este assunto? Antes de informá-la sobre os resultados, por que não me diz a Sra. N em que está a pensar?* Estas perguntas manifestaram interesse e atenção sobre a sua situação e convidaram a Sra. N a prosseguir com o diálogo. A sua realização foi importante pois as respostas oferecidas pela Sra. N poderiam evidenciar discrepâncias entre a informação clínica atual e o seu nível de compreensão sobre o assunto (Buckman, 2001). Durante a realização das perguntas-abertas foi mantido o contacto visual e utilizado um tom de voz sereno e pausado. A interação ocorreu connosco sentadas junto ao leito, com uma postura corporal que evidenciava interesse e disponibilidade. Segundo Buckman (2001), esta última estratégia de comunicação não-verbal é uma diretriz quase

inviolável, pois é praticamente impossível demonstrar atenção e a intenção de escutar o outro se o profissional permanecer de pé.

SPIKES: I (Invitation): Obter um “convite” para partilhar a notícia.

Ocultar informações ou mentir à pessoa é insatisfatório e, por isso, é necessário perceber se a pessoa quer ser informada sobre os detalhes da sua condição clínica (Buckman, 2001). Nesta situação, a Sra. N identificou o médico como o profissional do qual partiu a iniciativa para a transmissão da notícia, tendo o feito sem interrogá-la previamente. Pude assim perceber que fornecer informação indesejada ou que não seja solicitada pode trazer desconforto, tendo sido importante encarmos a Sra. N como uma “recetora ativa” da informação que desejava receber. Querido, et al., (2016), corroboram esta ideia quando referem que a pessoa nem sempre pede uma informação extensa, pelo que, deveremos respeitar a negociação de informação, deixando a porta-aberta e verificando em interações posteriores se a pessoa deseja receber a informação de forma diferente. Buckman (2001) acrescenta que, é importante que o profissional aceite que a pessoa não queira saber, pois tem esse direito, devendo no entanto, oferecer a sua disponibilidade caso mais tarde a pessoa queira fazer perguntas.

SPIKES: K (Knowledge): Conhecimento dos factos clínicos.

No momento em que foram explicados os factos clínicos, estivemos sensíveis às suas reações a essas informações, observando a sua comunicação não-verbal (contacto visual, expressão facial, toque, entre outros aspetos). Ressalvo que perante a partilha destes factos o vocabulário utilizado foi compreensível, a informação foi oferecida de forma gradual e verificou-se se a pessoa estava a compreender o que era dito antes de avançar com mais informação: *Está a seguir o meu raciocínio? Estou a ser clara até agora? Faz-lhe sentido o que estou a dizer?* Nesta ótica, a utilização da clarificação foi determinante para a eficácia da comunicação. Porém, considero importante refletir sobre um dos aspetos referidos pela Sra. N: a notícia foi dada de “chofre”, isto é, de forma súbita, repentina. Para que a notícia não tivesse sido acolhida desta forma, uma estratégia que poderia ter sido utilizada, é o chamado “tiro de aviso”. Esta estratégia permite lançar algumas pistas de que algo não está bem e que teremos notícias desagradáveis a comunicar (Querido, et al., 2016). Poderia ter sido referido por exemplo: *os resultados da ressonância magnética têm alterações complexas e, de acordo com as suas queixas de dor, a evolução da situação não tem sido a mais favorável...* Também a utilização de uma abordagem narrativa, isto é, explicando uma sequência de eventos e a forma como os

acontecimentos se têm desdobrado (Buckman, 2001), pode ser uma estratégia útil para partilhar a informação: *Recorda-se quando começou a ter desequilíbrio na marcha e não sabia se era apenas pelo agravamento da dor ou por algo mais sério e sugerimos que viesse à consulta para realização de exames complementares de diagnóstico?...*

SPIKES: E (Emotions): Exploração de emoções e resposta empática.

Perante as reações emocionais da Sra. N, com o intuito de gerir a “má notícia”, foram oferecidas respostas empáticas (*imagino que hoje se sinta muito cansada...*). Segundo Buckman (2001), a resposta empática é uma competência útil em interações emocionalmente carregadas e que nada tem a ver com os sentimentos do profissional. Se a pessoa se sente triste, o profissional não tem que se sentir triste. A resposta empática nada tem a ver com uma visão pessoal ou julgamento da situação, nem como o profissional reagiria se estivesse a enfrentar as mesmas circunstâncias. O profissional está simplesmente a observar o que a outra pessoa está a sentir e traz essa emoção para o diálogo entre os dois. A resposta empática implica 3 etapas: (1) - Identificar a emoção que a pessoa está a sentir; (2) - Identificar a origem da emoção; (3) - Responder de modo a dizer à pessoa que conseguimos fazer a conexão entre a etapa 1 e 2 (Buckman, 2001).

O mesmo autor refere que uma resposta empática eficaz pode seguir o formato: *deve ser*. Nesta situação, uma resposta empática teve como objetivo identificar e reconhecer as emoções que a Sra. N estava a sentir e, para isso, recorremos também à validação destas emoções, legitimando-as. Perante a resposta empática oferecida à Sra. N, partilho da opinião de Buckman (2001) quando refere que esta é uma competência e não um sentimento, não sendo necessário que o profissional experimente os mesmos sentimentos que a pessoa ou concorde com a sua opinião/avaliação da situação.

SPIKES: S (Summary): Sumário da informação.

Como será demonstrado de seguida (pela continuação do diálogo), perante este ultimo passo do protocolo, foi feito um resumo dos principais pontos abordados durante a interação, e foi feito um convite para que a Sra. N fizesse perguntas. Esta parte particular da interação não foi necessariamente longa, mas requereu considerável foco e concentração, ao incluir a definição de um plano terapêutico em função das necessidades e prioridades identificadas pela Sra. N.

Na perspetiva de Buckman (2001), o resumo comporta essencialmente três aspetos: identificar os principais tópicos que foram discutidos; verificar se todas as questões importantes foram discutidas (e caso não tenha sido possível, serão

contempladas na próxima interação) e agendar a próxima interação, enfatizando a continuidade dos cuidados. A utilização do resumo enquanto estratégia de comunicação verbal foi importante perante a gestão de uma “má notícia” pois, uma interação desta natureza pode ser responsável por sentimentos e emoções dissonantes na pessoa que se sente desafiada por dúvidas e sentimentos de insegurança em relação aos profissionais que dela cuidam, e em quem confia (Trincão, 2012).

Com a continuidade do discurso, foi-nos possível perceber que a sua interpretação aparentava ser diferente da nossa, razão pela qual, foi necessário a reformulação da informação obtida. Enquanto estratégia de comunicação verbal, a reformulação funciona como que um incentivo para que a pessoa perceba a sua situação, os sentimentos que emergem, as suas causas e os significados que lhe estão inerentes. Phaneuf (2005, p. 131) refere que a reformulação consiste em “escutar atentamente o que é dito e repeti-lo reorganizando a frase ouvida nos nossos próprios termos”, pelo que, sem palavras idênticas, foi devolvido à Sra. N o que a mesma nos tinha dito, de forma clara e objetiva. Bermejo (2011) acrescenta que, ao reformular e verbalizar os sentimentos, o enfermeiro está a promover na pessoa uma sensação de segurança, independentemente da atitude que expresse, o que lhe incute a aceitação de si mesmo.

Após reformularmos esta informação, a Sra. N pediu-nos claramente que lhe contássemos a verdade e explicássemos o que se estava a passar, para que percebesse qual era a sua situação clínica atual. Neste entendimento, competiu-nos manter as fontes de informação atualizadas dado que, a informação exata e oportuna assume uma parte essencial da comunicação em cuidados paliativos, especialmente quando existem novas informações a transmitir (Duke & Bailey, 2008). Uma vez mais foi-lhe explicado que os exames mostravam que havia um agravamento da doença. Foi também reforçada a ideia que tal acontecimento não significava que fosse morrer, mas sim que a massa tumoral tinha crescido e que a intervenção da radioterapia poderia diminuir esta massa. Consequentemente haveria um maior controlo da situação, pois com o alívio da dor, poderia viver com mais qualidade, um tempo que nós não sabíamos quantificar. Estas palavras demonstraram congruência, ao assumirmos os limites da nossa intervenção e a incerteza quanto ao futuro. Phaneuf (2005) refere que nem sempre é fácil demonstrar congruência, mas que esta constitui uma dimensão determinante na eficácia da comunicação pois, ao ser congruente o enfermeiro não é forçado a revelar toda a informação, mas o que *pensa, diz e faz* deve ser verdadeiro.

A honestidade também definiu a interação. Muitas foram as questões para as quais não tínhamos uma resposta e foi importante assumi-lo sem constrangimentos. De acordo

com Heyse-Moore (2009) o enfermeiro deve estar preparado para responder: *eu não sei...*, pois muitas vezes não existem respostas claras sobre o que vai exatamente acontecer. Na verdade, nem sempre a pessoa procura uma resposta, procura antes alguém que esteja presente e que a escute para que possa partilhar as suas emoções.

Importa ainda salientar que todo o discurso foi baseado na verdade, “um dos agentes terapêuticos mais poderosos que temos ao nosso dispor” (Twycross, 2003, p. 37). O uso da verdade não destruiu a esperança da Sra. N pois, uma comunicação gradual da verdade, conduz quase sempre ao aumento da esperança, cuja preservação se encontra intimamente dependente da quantidade de informação fornecida, e no modo como é transmitida (Butow, Tattersall, & Stockler, 2010). Por conseguinte, durante a interação, não foram dadas “falsas esperanças” à Sra. N, foi-lhe antes demonstrado uma perspetiva de que a cura deixaria de ser o objetivo primordial e que deveríamos ter a capacidade de dar lugar a um outro objetivo não menos importante, o de cuidá-la preservando a sua dignidade, maximizando a sua qualidade de vida e diminuindo o seu sofrimento. Pode-se por isso verificar que “a comunicação pode e deve ser um instrumento terapêutico num processo de cuidar que permita manter a esperança, no entanto, esta tem que ser baseada na verdade para evitar falsas esperanças e o consequente sofrimento sem sentido” (Alvarenga, 2012, p. 82).

Na perspetiva de Twycross (2003, p. 33) “a esperança tem de possuir um objetivo”. Para este efeito, foram estabelecidos objetivos realistas com a Sra. N e foram apresentadas diferentes soluções para o seu problema, não existindo um falso otimismo, pois foi sublinhada a ideia de que teríamos de perceber como o seu corpo iria “responder” à radioterapia. Acima de tudo, a Sra. N precisava sentir que independentemente da progressão da doença, iríamos estar presentes e não a iríamos abandonar.

No final do seu discurso, a Enf.^a resumiu os aspetos-chave da interação e identificou os objetivos da intervenção. A interação terminou da seguinte forma:

Enf.^a: *Ao longo destes anos, a doença tem-lhe apresentado diferentes desafios. Infelizmente não lhe conseguimos tirar a doença, mas temos em parceria, nas diferentes crises, conseguido controlá-la.*

Sra. N: *Sim... é verdade, e que desafios...*

Enf.^a: *Com os dados que eu tenho agora, é esta a informação que lhe posso dar. O desafio é grande, não posso negar, mas é para isso que estamos a trabalhar. Se a Sra. N concordar, o nosso primeiro passo será alterar a medicação para que fique mais confortável, fazendo os ajustes necessários...*

Sra. N: *Claro que sim Sra. Enf.^a agradeço que o façam.*

Enf.^a: *Peço-lhe que fale connosco sobre todas as dúvidas que tiver. E diga-me Sra. N, o que lhe dissemos tranquilizou-a?*

(A Sra. N “agarrou” as duas mãos da Enf.^a e esboçou um sorriso dizendo):

Sra. N: *Tranquilizou sim, nem imagina o quanto...muito mesmo!*

O final da interação espelha que o nosso objetivo foi atingido. A tranquilidade que conseguimos conferir à Sra. N não seria obtida se tivesse existido uma abordagem superficial desta situação, isto é, uma abordagem dirigida aquilo que seria de “mais fácil” controlo, neste caso, a sua dor. Nesta lógica, a utilização de estratégias de comunicação, permitiu um conhecimento mais aprofundado do que realmente a preocupava, comprovando que o seu sofrimento não era somente físico. Por esta razão, “é premente ajudar o doente a recuperar o sentido do que vive, porque o sofrimento que destrói a pessoa é aquele que se caracteriza por ser um sofrimento sem sentido, aquele de que as pessoas revelam, muitas vezes, ter medo” (Alvarenga, 2012, p. 81).

Perante a análise desta situação posso afirmar que cuidar da pessoa com doença oncológica em situação paliativa significa, muitas vezes, estar ao lado de uma pessoa com perda de autonomia, debilitada, com perda de energia e vitalidade, com dor ou outros sintomas, o que implica conhecer e respeitar os seus hábitos, as suas crenças e valores, criando momentos de escuta da expressão dos seus sentimentos e emoções... o que sugere que, cuidar implica um interesse pelo outro, pela sua individualidade e pela sua forma de estar perante a vida e a morte. Existem sem dúvida grandes desafios para a eficácia da comunicação em cuidados paliativos, pois a ameaça de morte inerente a uma doença progressiva e incurável é uma realidade. Como tal, é necessário uma parceria enfermeiro-pessoa/família assente numa comunicação oportuna e relevante que promova a sua adaptação, pois neste contexto de cuidados, a ansiedade e a incerteza são elevadas, e somente uma comunicação sensível, compreensiva e atenciosa pode responder às necessidades e aspirações da pessoa/família (McEwen & Harris, 2010). Ao atendermos às necessidades expressas pela Sra. N, foi notório a diminuição das suas dúvidas, incertezas, receios e medos, o que vem comprovar que o desenvolvimento de competências de comunicação por parte do enfermeiro é soberano para uma efetiva prestação de cuidados paliativos (Malloy, Virani, Kelly, & Munévar, 2010).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alvarenga, M. (2012). A comunicação na transferência dos cuidados curativos para os cuidados paliativos. Em A. Barbosa, *Investigação Qualitativa em Cuidados Paliativos* (pp. 81-104). Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Araújo, M. M. (2011). Comunicação em cuidados paliativos: proposta educacional para profissionais de saúde. Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (Tese de Doutorado). São Paulo.

DOI:10.11606/T.7.2011.tde-31052011-123633.

- Bermejo, J. C. (2011). *Introducción al counselling (relación de ayuda)*. Maliaño: Sal Terrae.
- Buckman, R. (2001). Communication skills in palliative care: A practical guide. *Neurologic Clinics*, 19(4), 989-1004. DOI:org/10.1016/S0733-8619(05)70057-8
- Butow, P. N., Tattersall, M. H., & Stockler, M. (2010). Discussing prognosis and communicating risk. Em D. W. Kissane, B. D. Bultz, P. M. Butow, & I. G. Finlay, *Handbook of communication in oncology and palliative care* (pp. 113-125). New York: Oxford University Press.
- Duke, S., & Bailey, C. (2008). Communication: Patient and family. Em S. Payne, J. Seymour, & C. Ingleton, *Palliative care nursing: Principles and Evidence for Practice* (2ª ed., pp. 121-144). London: Open University Press.
- Heyse-Moore, L. (2009). *Speaking of Dying - A Practical Guide to Using Counselling Skills in Palliative Care*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Malloy, P., Virani, R., Kelly, K., & Munévar, C. (2010). Beyond Bad News-Communication Skills of Nurses. *Journal of Hospice and Palliative Nursing*, 12(3), 166-174. DOI:10.1097/NJH.0b013e3181d99fee
- McEwen, A., & Harris, G. (2010). Communication: fundamental skills. Em S. Kraszewski, & A. McEwen, *Communication Skills for Adult Nurses* (pp. 1-22). England: Bell and Bain.
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência.
- Querido, A., Salazar, H., & Neto, I. G. (2016). Comunicação. Em A. Barbosa, P. R. Pina, F. Tavares, & I. G. Neto, *Manual de Cuidados Paliativos* (3ª ed., pp. 815-832). Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Trincão, V. (2012). Comunicação intrafamiliar sobre o final de vida e a morte. Em A. Barbosa, *Investigação Qualitativa em Cuidados Paliativos* (pp. 199-222). Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Twycross, R. (2003). *Cuidados Paliativos* (2ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores.

Apêndice VII: Caracterização da unidade de internamento
de cuidados paliativos

CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE DE INTERNAMENTO DE CUIDADOS PALIATIVOS

A unidade de internamento de cuidados paliativos na qual realizei o estágio, integra um hospital residencial. Tem como missão a promoção do conforto, dignidade e qualidade de vida da pessoa/família que seja confrontada com uma doença grave ou incurável, com prognóstico limitado e em fase avançada e progressiva.

A sua intervenção é extensível a qualquer pessoa, independentemente da idade ou doença associada. A unidade de internamento é constituída por uma equipa multidisciplinar com formação específica no acompanhamento da pessoa/família com necessidade de cuidados paliativos. Este acompanhamento ocorre 24 horas por dia no sentido de responder aos desafios impostos pela doença, permitindo inclusivamente o descanso dos cuidadores. Fisicamente, a unidade encontra-se preparada para acolher pessoas em situação de dependência, e por isso, o mesmo espaço físico possibilita a admissão de pessoas em situação de convalescença e reabilitação.

Apêndice VIII: Reflexão - “A utilização de estratégias de comunicação
perante a tomada de decisão”

REFLEXÃO - “A UTILIZAÇÃO DE ESTRATÉGIAS DE COMUNICAÇÃO PERANTE A TOMADA DE DECISÃO”

Através de uma comunicação eficaz, o enfermeiro consegue promover a adaptação da pessoa à situação clínica atual, reduzindo a incerteza, o medo e a ansiedade (Silva & Alvarenga, 2014). Neste sentido, o enfermeiro pode ajudar a pessoa a manter ou melhorar a sua qualidade da vida, o que vai implicar envolvê-la ativamente em decisões sobre os cuidados que lhe são prestados.

Com a presente reflexão, irei analisar uma situação da prática em que a utilização de estratégias de comunicação foi determinante perante a tomada de decisão da pessoa/família. Reconhecendo que a tomada de decisão visa o seu conforto, fez-me sentido ancorar esta reflexão na teoria de conforto de Katharine Kolcaba.

Prestei cuidados à Sra. T, uma mulher de 85 anos, durante todo o estágio (morreu na última semana do mesmo). A Sra. T tinha uma doença oncológica em situação paliativa e encontrava-se internada há dois meses numa unidade de cuidados paliativos pois, tal como preconiza a Lei de Bases dos Cuidados Paliativos, devido à complexidade da sua situação, necessitava de cuidados ativos, coordenados e globais, prestados por uma unidade e equipa específica (Lei n.º 52/2012, de 5 de Setembro, 2012). Com o intuito de mobilizar dados significativos para análise e, tendo como suporte a teoria supracitada, considero pertinente realizar a descrição da situação enquadrando os dados obtidos nos contextos físico, psico-espiritual, sociocultural e ambiental referidos por Kolcaba (2003).

Contexto físico¹: A Sra. T referia dor pélvica moderada, tipo cólica, não conseguindo especificar quais os fatores que propiciavam a sua exacerbação. Apresentava também desconforto oral por mucosite. Encontrava-se emagrecida (45Kg), alegando que tinha pouco apetite e que fazia um “esforço” (sic) por se alimentar. Referia também um cansaço incomodativo que a fazia sentir-se “fraca” (sic).

Contexto psico-espiritual²: A Sra. T era uma mulher calma, com coerência no discurso, que focava as suas preocupações atuais. Durante as interações não manifestou o desejo de regressar a casa, e revelava satisfação pelos cuidados prestados. Referia ser católica e sempre que podia, assistia à missa. O seu filho ofereceu-lhe uma bíblia que lia com frequência. A seu pedido, era-lhe também proporcionada a visita de um padre com regularidade.

¹ O contexto físico é uma dimensão fisiológica da pessoa associada ao descanso, posicionamento, relaxamento, situação clínica, dor ou outros sintomas.

² O contexto psico-espiritual diz respeito à consciência interna de si próprio, na qual se inclui a autoestima, o autoconceito, a sexualidade, o significado da vida e a relação com uma ordem ou um ser superior.

Contexto sociocultural³: Era natural da Índia, mas residia em Portugal há cerca de 40 anos. Falava fluentemente a língua portuguesa. Tinha dois filhos e quatro netos. Os seus filhos tinham uma vida laboral ativa, mas visitavam-na diariamente. Todos os familiares demonstravam uma atitude de respeito, afeto e preocupação para consigo.

Contexto ambiental⁴: Residia no Algarve, mas devido à progressão da doença oncológica, aceitou o internamento numa unidade de cuidados paliativos que se encontrava próxima da residência dos filhos. O seu quarto era privado, decorado a seu gosto e com muitos objetos pessoais. Não gostava de ter luzes apagadas durante a noite, e que lhe fechassem a porta do quarto. Além disso, a temperatura do mesmo tinha de estar sempre elevada relativamente aos valores standardizados, pois referia ser “muito friorenta” (sic). Utilizava a televisão ocasionalmente, privilegiando o silêncio e os momentos de descanso.

De modo a estruturar a análise da situação irei focar temáticas nas quais foi evidente a tomada de decisão por parte da Sra. T, mas, antes de mais, considero importante compreender a que nos referimos quando falamos em tomada de decisão num contexto de cuidados paliativos.

Segundo Kübler-Ross (2009), quando uma pessoa se encontra gravemente doente é por vezes tratada como alguém sem direito a uma opinião. Com frequência, outro alguém toma a decisão, *se, onde e quando* a pessoa deve ser hospitalizada, porém, não nos podemos esquecer que a pessoa tem sentimentos, desejos e opiniões, e tem acima de tudo, o direito de ser escutada. Como tal, uma participação esclarecida da Sra. T no processo de tomada de decisão implicou escutar e fornecer informação pertinente sobre a sua situação, pois ao estar informada a pessoa “está numa posição melhor quanto ao que esperar num futuro próximo ou para fazer as melhores escolhas sobre opções disponíveis, que estejam em consonância com os seus valores e as suas metas pessoais” (Fitch, 2006, p. 73).

Na situação em análise, considero que num ambiente de parceria terapêutica, a eficácia da comunicação permitiu um envolvimento ativo da pessoa, família e equipa de cuidados no processo de tomada de decisão. Partindo desta ótica, recorrendo à utilização de estratégias de comunicação a intervenção de Enfermagem visou uma tomada de decisão partilhada que teve especial destaque no âmbito do controlo sintomático, desenvolvimento das atividades de vida diárias e o processo de morrer e a morte.

Estas temáticas serão analisadas de seguida.

³ O contexto sociocultural corresponde às relações interpessoais, familiares e sociais.

⁴ O contexto ambiental engloba as condições do meio ambiente como a temperatura, a cor, a luz e o ruído.

Controlo sintomático

Um dos focos da minha intervenção perante a Sra. T foi o alívio dos seus sintomas. Saporetti, Andrade, Sachs, & Guimarães (2012) afirmam que os sintomas devem ser avaliados de forma ativa e contínua quanto a possíveis causas (se são primários à doença em questão ou secundários a outros fatores), e quanto à sua reversibilidade. Considerando que a dor não controlada permanece como um problema significativo e uma das consequências mais temidas da doença oncológica (Associação Enfermagem Oncológica Portuguesa, 2015), o alívio deste sintoma assumiu especial acuidade. Com este intuito, a negociação foi uma estratégia de comunicação verbal extremamente útil na realização de ajustes terapêuticos. Estes ajustes tiveram subjacente uma compreensão holística da pessoa, centrada não apenas no seu contexto físico, mas também no seu contexto sociocultural, ambiental e psico-espiritual. Ao negociar com a Sra. T os ajustes de terapêutica, foi-me possível compreender que implicações tinha a dor na sua vida, acedendo desta forma à natureza multidimensional da dor, em que devemos ter presente o conceito de “dor total, que engloba os aspetos físicos, psicológicos, sociais e espirituais do sofrimento” (Twycross, 2003, p. 84).

Considero que uma comunicação eficaz permitiu uma abordagem positiva no alívio da dor total, ao devolver tranquilidade e a possibilidade da pessoa sentir que tem a capacidade de transcender o que lhe causa desconforto (Kolcaba, 2003). Também a utilização da clarificação do que era dito, através de palavras claras, simples e objetivas, foi essencial para esclarecer de forma informada o benefício em aumentar ou reduzir a dosagem de determinados fármacos que atuavam no controlo da dor. Neste prisma, ao ter sido dado à Sra. T a oportunidade de participar na tomada de decisão, foi-lhe igualmente devolvido um sentimento de controlo sobre a sua situação, o que permitiu a expressão de medos e receios, por exemplo em relação à terapêutica opióide.

Dada a necessidade de obter uma adequada avaliação da dor, importa ainda referir que a descrição e explicação da Sra. T sobre a sua dor foi determinante para obter resultados favoráveis no controlo da mesma, pois “a pessoa com dor tem um papel central na avaliação e tratamento e é o melhor juiz da sua própria dor levando os médicos e enfermeiros a encontrar os tratamentos mais adequados” (Associação Enfermagem Oncológica Portuguesa, 2015, p. 7). No que diz respeito à anorexia, foi notório o quanto este sintoma incomodava a Sra. T, alegando mesmo que fazia um *esforço* por se alimentar. Este esforço era espelhado não-verbalmente no seu franzir de nariz e olhar de desagrado perante cada colher de comida que os seus familiares dirigiam na sua direção. Gonçalves, Rosado, & Custódio (2010), referem que o enfermeiro deve explorar o

conhecimento da família sobre a anorexia⁵. Nesta linha de pensamento, corroboro a perspectiva de Parsons (2012) quando refere que o primeiro passo para o adequado controlo da anorexia é uma comunicação eficaz com a pessoa e seus familiares que perspetive a transição do comum conceito de “*vai morrer de fome*” para o entendimento do quadro de descontrolo metabólico. Com o intuito de alinhar a minha intervenção com as necessidades expressas pela pessoa/família, foi essencial perceber e valorizar a simbologia dos alimentos, compreendendo as recordações agradáveis que motivavam algumas preparações alimentares. Após o conhecimento destas particularidades, a Sra. T foi incentivada à ingestão de pequenas quantidades de comida que gostasse especialmente. Em paralelo a este incentivo, foi feito o alívio do desconforto provocado pela mucosite utilizando medidas farmacológicas e não farmacológicas⁶.

No que se refere ao emagrecimento marcado da Sra. T, Gonçalves, et al., (2010) referem que a síndrome anorexia-caquexia é uma manifestação habitual na pessoa em fim de vida que causa um grande sofrimento à pessoa e sua família pela deterioração progressiva do aspeto físico e capacidade funcional. Na realidade, cada vez que acompanhava a Sra. T à casa de banho observava a sua expressão facial de tristeza perante o espelho e percebia que de facto, as alterações físicas causadas pelo emagrecimento podem ser motivo de sofrimento devido a uma profunda alteração da imagem corporal, em que a perda da integridade pessoal pode ocasionar vivências de perda de identidade e de pertença ao meio sociofamiliar (Guarda, Galvão, & Gonçalves, 2010). A Sra. T referia ainda um cansaço que a incomodava, sendo evidente que de todos os sintomas, a fadiga⁷ era o sintoma que mais a desconfortava. À semelhança dos sintomas anteriormente referidos, também a fadiga é um sintoma que emerge de uma dimensão física da pessoa, mas que tem repercussões nas diferentes dimensões humanas. No que diz respeito à intervenção sobre a fadiga, as medidas farmacológicas são parcas e necessitam de maior evidência científica. De acordo com Chiba & Cabral (2012, p. 204) são sugeridas “orientações quanto à adaptação do ambiente e das

⁵ A anorexia surge na sequência de alterações metabólicas e hormonais complexas, resultantes da resposta do organismo à presença do tumor. É um sintoma habitual que atinge 80 a 90% das pessoas em situação de doença avançada, e por se encontrar associado à deterioração da saúde e morte, causa um importante mal-estar psicológico quer na pessoa, quer na família (Gonçalves, et al., 2010).

⁶ As medidas não farmacológicas utilizadas foram: higiene oral adequada 3 ou mais vezes ao dia, com uma esponja macia; evicção de alimentos que estimulassem a dor, como alimentos ácidos ou condimentados; ajuste da consistência da comida e temperatura, entre outras.

⁷ A fadiga é um sintoma experimentado por quase todas as pessoas com cancro. É de natureza multifatorial e envolve aspetos físicos, cognitivos e emocionais, e pode limitar o envolvimento da pessoa nas interações sociais, autocuidado, e em tarefas de fim de vida (Keeney & Head, 2011). Apesar do elevado impacto na qualidade de vida, a fisiopatologia da fadiga relacionada com o cancro ainda é pouco compreendida. No entanto, sabe-se que esta pode ter pelo menos três dimensões: sensação física - redução da capacidade funcional; sensação afetiva - diminuição do nível de energia e humor depressivo; e sensação cognitiva - falta de concentração e perturbação da memória (Nascimento, 2010).

atividades quotidianas, medidas para higiene do sono, suporte psicológico e familiar, e o suporte nutricional”. Sendo consensual que não é possível eliminar completamente a fadiga, mas que melhorias mínimas podem ser o suficiente para que este sintoma se torne menos relevante ou uma prioridade para a pessoa (Nascimento, 2010), por forma a aliviar ao máximo este sintoma, a realização de períodos de repouso ao longo do dia foi uma medida de conforto que sugeri, e que foi aceite por parte da Sra. T.

Numa das interações, a Sra. T revelou-me o quanto a fadiga a incomodava:

Sra. T: *Hoje estou triste!*

Enf^a: *E posso saber a que associa essa tristeza?*

Sra. T: *Estou triste porque quero deixar de dar trabalho e fazer as coisas sem estar dependente de vocês. Mas este cansaço...*

Face a estas palavras foi necessário validar as emoções que emergiam naquele momento. Como tal, referi-lhe que era evidente o quanto a fadiga a estava a incomodar, mas que poderia fazer algo para a ajudar. Para este efeito, realizei perguntas-abertas com o intuito de explorar aspetos relativos à sua fadiga.

Este assunto foi abordado da seguinte forma:

Enf^a: *Eu quero que me fale sobre o seu cansaço, pois entendo que ele a está a impedir de realizar as atividades que gosta. O que lhe parece que possa aliviá-lo? Conseguir explicar-me a importância e o significado que isso tem para si?*

Foi importante escutar ativamente a Sra. T e conferir-lhe tempo suficiente para responder a cada pergunta colocada. Também o facto de não a apressar, despendendo tempo junto de si e respeitando o seu *timing*, foi decisivo para aliviar o peso deste sintoma, mas também para lhe conferir a possibilidade de transcender algo que a fazia sentir diferente? Incapaz? Diminuída? Ressalvo que a prestação de cuidados à Sra. T foi desafiante, muito pela presença deste sintoma. No que concerne à comunicação, o simples facto de alterar a *fala* para a *escuta* nos momentos apropriados da interação não foi fácil para mim. Inadvertidamente envolvia-me na formulação da próxima pergunta, em vez de me focar sobre o que era dito e, não só desviava a minha atenção, como também a interrompia. Rapidamente percebi que era preciso respeitar o seu ritmo e conferir-lhe o tempo adequado para refletir e organizar o seu discurso.

Stajduhar, Thorne, McGuinness, & Kim-Sing (2010) realizaram um estudo de investigação que teve como objetivo compreender a perceção da pessoa (com doença oncológica em estado avançado) no que diz respeito a uma comunicação eficaz por parte dos enfermeiros. Os resultados obtidos evidenciaram a importância dos enfermeiros saberem respeitar o tempo, demonstrar atenção, admitir o medo e encontrar um equilíbrio entre a esperança e a honestidade na prestação de informações. Destacando o tempo,

considero que saber usufruir do tempo é uma arte, pois quando não temos tanto quanto desejaríamos, devemos saber otimizá-lo. Perante a situação em análise, verifiquei que o tempo despendido a escutar ativamente a Sra. T permitiu clarificar que a eficácia desta competência não depende diretamente do tempo despendido, uma vez que em interações relativamente curtas, a Sra. T expressou aquilo que a preocupava, dado o meu interesse em escutá-la (sentando-me junto dela, olhando-a nos olhos, acenando afirmativamente com a cabeça enquanto falava, entre outros aspetos).

Face ao que foi referido verifiquei na prática que, a utilização de estratégias de comunicação, se por um lado foi decisiva para delinear intervenções de controlo sintomático, por outro, permitiu contrapor a crença que alguns desconfortos são inerentes à doença ou à idade e não podem ser aliviados ou resolvidos (Saporetti, et al., 2012). Na realidade, uma correta avaliação e alívio dos sintomas é difícil sem uma comunicação eficaz, pois se os enfermeiros não possuírem estratégias de comunicação, a compreensão dos sintomas pode ser pouco exata (Querido, Salazar , & Neto, 2016).

Teria sido pertinente o preenchimento de uma escala de avaliação de sintomas por parte da Sra. T., nomeadamente, a ESAS - *Edmonton Symptom Assessment System*⁸ (uma escala largamente difundida e utilizada no âmbito dos cuidados paliativos), pois o resultado numérico desta avaliação poderia perspetivar a necessidade de implementar outras medidas de conforto. Tendo em conta a não recetividade da Sra. T relativamente a esta avaliação, não foi possível obter dados sobre como classificaria cada um dos sintomas apresentados. A decisão da Sra. T foi respeitada mesmo reconhecendo que esta avaliação seria basilar para vigiar a evolução da doença, tomar decisões e avaliar as suas necessidades de conforto. Perante esta decisão foi importante avaliar periodicamente e documentar o estado de conforto da Sra. T, por forma a facilitar a definição das medidas de conforto (Kolcaba, 2003).

Realização das atividades de vida diárias

A dependência⁹ na realização das atividades de vida diárias começou a tornar-se uma realidade no quotidiano da Sra. T, razão pela qual ao longo desta temática, irei

⁸ A ESAS é um instrumento de avaliação multidimensional que integra nove sintomas físicos e psicológicos (dor, cansaço, náusea, depressão, ansiedade, sonolência, apetite, sensação de bem estar e falta de ar). É solicitado à pessoa que classifique o seu sintoma numa escala de 0 “zero” a 10 “dez”, onde o 0 “zero” corresponde à ausência de sintoma e o 10 “dez” corresponde ao pior grau de gravidade do sintoma ou da forma como é sentido. Se a pessoa se apresentar consciente e orientada, deve colocar um círculo em redor do número que corresponde à intensidade da perceção do sintoma. Caso não possa colaborar, o preenchimento será realizado por um familiar, cuidador ou profissional de saúde, porém, nesta situação, é preconizado que os sintomas subjetivos como o cansaço, depressão, ansiedade e sensação de bem-estar, não sejam preenchidos.

⁹ A Lei de Bases dos Cuidados Paliativos define dependência como “a situação em que se encontra a pessoa que, por falta ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, resultante ou agravada por (...) doença incurável e ou grave em fase avançada (...) não consegue, por si só, realizar as atividades da vida diária” (Lei n.º 52/2012 de 5 de Setembro, 2012, p. 5119).

atribuir especial ênfase às atividades de vida nas quais a dependência foi mais marcada e com repercussões no conforto da Sra. T. Saliento que as decisões que tomou relativamente à realização das atividades de vida diárias, demonstram o quanto era importante para si “confrontar” a dependência. Numa fase inicial, os cuidados de higiene eram prestados na casa de banho, e de forma gradual, passaram a ser prestados em banho assistido (maca banheira) ou no leito. Face à sua fadiga marcada, ao ser questionada sobre o local onde preferia que lhe fossem prestados os cuidados de higiene, priorizava sempre a casa de banho ou o banho assistido, mas nunca o leito, pois considerava que este banho era desconfortável e “à gato” (sic). No que se refere ao vestuário (e embora algumas peças não fossem fáceis de vestir), indicava que camisola, casaco, *echarpe* e calças pretendia vestir, assim como que sapatos ou chinelos pretendia calçar. Por vezes solicitava também o uso de perfume, e a colocação de colar e brincos. Este comportamento da sua parte manifestava um cuidado especial com a sua autoimagem e como tal, integra o seu contexto psicoespiritual (Kolcaba, 2003). Relativamente à alimentação, inicialmente preferia almoçar na sala de refeições junto das “amigas” (sic), mas por começar a sentir-se mais debilitada tomou a decisão de realizar as refeições no quarto num ambiente mais tranquilo e reservado. No sentido de respeitar e maximizar as capacidades da Sra. T, o uso de perguntas-abertas foi essencial durante as interações. *De que forma prefere hoje? Agrada-lhe a ideia de...? Permite-me? Incomoda-a o facto de? Como acha melhor para si? Faz-lhe sentido que...? O mais importante para si é...?* Neste contexto, a utilização de perguntas-abertas enquanto estratégia de comunicação verbal, contribuiu para a identificação das preferências e interesses da Sra. T. dada a sua mutabilidade a cada hora, dia ou semana. As perguntas realizadas foram igualmente imprescindíveis para individualizar os cuidados prestados à Sra. T., cujo planeamento primou pela constante reavaliação da sua condição clínica.

Face ao que foi referido, o dia-a-dia de uma pessoa em fase final de vida resulta em muitas perdas para a pessoa e seus familiares. Além de físicas, estas perdas incluem a perda do papel social, que leva a uma perda da identidade e referências que podem ser sentidas como uma decadência e experienciadas com grande angústia (Simões & Rodrigues, 2010). Considero que a Sra. T não aparentava uma expressão marcada de angústia, mas o mesmo não se pode dizer dos seus familiares. A angústia estava espelhada no rosto dos seus filhos, cada vez que se apercebiam de uma maior dependência e agravamento da situação clínica da sua mãe. Por conseguinte, os cuidados prestados ajudaram os familiares da Sra. T na resolução de sentimentos, problemas e decisões relacionadas com a experiência de verem o seu ente querido a

morrer. Neste entendimento, foi reforçado junto dos familiares a importância da sua presença pois tal como refere Norlander (2008), o papel mais importante que o enfermeiro pode desenvolver junto dos familiares de uma pessoa que se encontra a morrer é, assegurar que não existe nenhuma maneira certa ou errada de agir, pois a sua presença por si só é um dos maiores presentes que uma família pode dar a uma pessoa que encontra no leito da morte.

Processo de morrer e a morte

Diante dos aspetos descritos, é fácil perceber que somente uma prestação de cuidados holísticos ajudou a Sra. T a fazer escolhas informadas e a gestão da sua condição a cada dia. Como foi evidenciado, a prestação de cuidados junto da Sra. T ocorreu numa fase final da sua vida e, como tal, as situações em que foi premente a tomada de decisão não se resumiram a uma escolha de alternativas, mas antes a uma sucessiva formulação de alternativas. Destaco que apesar de ter sido um elemento facilitador no processo de tomada de decisão, foi a Sra. T quem deu a última palavra sobre as decisões a serem tomadas. Ao ser afirmada esta singularidade, a Sra. T. tornou-se um sujeito ativo e detentor de capacidades que lhe permitiram tomar decisões sobre o seu processo de morrer e a morte. Neste âmbito, uma comunicação que focou os principais desejos da Sra. T. (nomeadamente que familiares queria ter junto de si no leito da morte; o cemitério onde seria sepultada; o que iria vestir e quem iria prestar os cuidados ao seu corpo após a morte), foi crucial no seu final de vida.

Potter (2010) alega que um senso de ordem e um sentimento de encerramento de assuntos pessoais é outro aspeto que pode ajudar a pessoa a ter uma morte serena, compartilhando o que tem de dizer diretamente (em pessoa ou por telefone) ou indiretamente (por escrito). Relembro parte da última interação que tive com a Sra. T:

Enf^a: *Bom dia Sra. T, como se sente hoje?*

Sra. T: *Bom dia Sra. Enfermeira. Sinto-me bem... Sabe... esta noite sonhei que tinha morrido...*

Enf^a: *E o que sentiu perante esse sonho?*

Sra. T: *Nada, não senti nada. Não tenho medo da morte, a morte não me assusta... E sabe... gosto muito, muito, muito, muito de si... Obrigado!*

Após escutar estas palavras, gerou-se um momento de silêncio em que refleti sobre o que me tinha confidenciado. Se por um lado estas palavras demonstraram que se encontrava serena perante a morte, por outro, também me fizeram sentir que eram uma forma de agradecer a minha presença e de se despedir de mim. Sempre que lhe dizia *ate já* (quando me retirava do quarto) de imediato me perguntava: *Onde vai? Quando volta? Já vai? Quanto tempo demora? Tem de ir agora?* Perante tais solicitações percebi

que a minha presença representava para si suporte e conforto. De acordo com Strang, Henoch, Danielson, Browall, & Melin-Johansson, (2014) a presença em cuidados paliativos é de extrema importância. Segundo os mesmos autores a presença do enfermeiro pode incluir não ter as respostas certas, mas a coragem em *estar presente* e em *estar lá* é essencial. Esta ideia remete-me para a imagem de algo especialmente marcante: a presença do enfermeiro junto da pessoa no seu leito da morte. A imagem do enfermeiro sentado calmamente junto ao leito, segurando a mão da pessoa que está a morrer, é uma experiência intensa e gratificante que já experienciei algumas vezes, mas que não aconteceu nesta situação. Gostaria de ter confortado a Sra. T nos seus últimos momentos de vida, e ter-lhe-ia conferido tempo e atenção, aspetos valorizados em interações anteriores e que continuariam a fazer todo o sentido perante a proximidade da morte. Na verdade, dizer adeus é doloroso para a pessoa em fim de vida, para as pessoas que lhe são significativas, e para o enfermeiro, pois compreender *quando* e *como* facilitar a despedida do outro, implica sensibilidade emocional e competência (Potter, 2010). Esta perspetiva sugere que comunicar eficazmente em cuidados paliativos é complexo pelo conhecimento de que a morte pode ser próxima, aspeto que vai implicar transmitir à pessoa que está segura e valorizada na sua individualidade e que o processo de morrer e a morte serão dignos e confortáveis. Por esta razão, estar presente junto de uma pessoa que se encontra a *morrer* implica “chegar a um acordo” com a nossa própria mortalidade e perspetivas pessoais e profissionais sobre a morte, pois existem aspetos dos cuidados paliativos, nomeadamente o testemunho do sofrimento, que exigem uma vontade de *ficar com* e *amparar* o sofrimento do outro (Duke & Bailey, 2008).

Com o decorrer do estágio considero que consegui estabelecer uma comunicação eficaz, não só com a Sra. T, mas também com os seus familiares. Ao perceber que eu era um elemento “novo” na equipa de Enfermagem, o seu filho quis-me conhecer um pouco mais e colocou-me algumas perguntas, entre as quais a minha experiência profissional, os meus objetivos enquanto aluna de especialidade e durante quanto tempo iria cuidar da sua mãe. Depois de ouvir as minhas respostas, e sem que lhe perguntasse, revelou-me inúmeros aspetos que caracterizavam a individualidade de vida da sua mãe. As informações fornecidas foram pertinentes para que pudesse conhecer melhor a Sra. T, adequando desta forma a minha intervenção. Acredito que me confidenciou estas informações porque sentiu segurança e confiança nos cuidados que prestava à sua mãe, pois estes cuidados não visavam somente um alívio do desconforto físico, visavam antes uma forma da Sra. T alcançar um estado de conforto ao nível de transcendência. Perante este estado de conforto, considero que o aumento do autoconhecimento,

autodeterminação e autocontrolo permitiram retribuir à Sra. T. o sentimento que conseguia participar nos seus cuidados, resolver os seus problemas e controlar parte da sua vida, transcendendo o que a desconfortava (Kolcaba, 2003).

A reflexão sobre a presente situação demonstra que a utilização das estratégias de comunicação durante a prestação de cuidados contribuiu para uma tomada de decisão partilhada. Por conseguinte, esta tomada de decisão permitiu confortar e aliviar o sofrimento da Sra. T e dos seus familiares e, fazer a diferença não só na qualidade da sua vida, mas também na qualidade da sua morte. Cuidar da Sra. T fez-me lembrar diariamente que a morte é um resultado inevitável da vida, e que a cura nem sempre é conseguida e um objetivo a atingir. Foi gratificante perceber que uma resposta empática da minha parte facilitou o seu crescimento, ajudando-a a amadurecer, adaptar-se e integrar-se na sua própria experiência (Salomé, 1995). Foi expressa a vivência de sentimentos angustiantes por parte dos seus familiares, mas considero que esta foi atenuada pela eficácia da comunicação. Posso afirmar que esta eficácia foi atingida quando a pessoa e os seus familiares permitiram que integrasse e testemunhasse momentos de grande vulnerabilidade das suas vidas. Foi de facto uma experiência rica sobre a vida, e em última instância sobre a morte, pois demonstra que é possível uma vivência plena perante a inevitabilidade da mesma.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Associação Enfermagem Oncológica Portuguesa. (2015). *Entender a dor oncológica*. Porto: Medesign.
- Chiba, T., & Cabral, L. R. (2012). Fadiga, sudorese e prurido. Em R. T. Carvalho, & H. A. Parsons, *Manual de Cuidados Paliativos* (2ª ed., pp. 202-209). São Paulo: Academia Nacional de Cuidados Paliativos.
- Duke, S., & Bailey, C. (2008). Communication: Patient and family. Em S. Payne, J. Seymour, & C. Ingleton, *Palliative care nursing: Principles and Evidence for Practice* (2ª ed., pp. 121-144). London: Open University Press.
- Fitch, M. (2006). Necessidades emocionais de pacientes e cuidadores em cuidados paliativos. Em C. A. Pimenta, D. D. Mota, & D. A. Cruz, *Dor e Cuidados Paliativos: Enfermagem, Medicina e Psicologia* (pp. 67-85). São Paulo: Manole.
- Gonçalves, M. J., Rosado, J., & Custódio, M. P. (2010). Anorexia/Caquexia. Em A. Barbosa, & I. G. Neto, *Manual de Cuidados Paliativos* (2ª ed., pp. 181-189). Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

- Guarda, H., Galvão, C., & Gonçalves, M. J. (2010). Apoio à família. Em A. Barbosa, & I. G. Neto, *Manual de Cuidados Paliativos* (2ª ed., pp. 751-760). Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Keeney, C. E., & Head, B. A. (2011). Palliative Nursing Care of the Patient With Cancer-Related Fatigue. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 13(5), 270-278. DOI:10.1097/NJH.0b013e318221aa36
- Kolcaba, K. (2003). *Comfort Theory and Practice - A vision for Holistic Health Care and Research*. New York: Springer Publishing Company.
- Kübler-Ross, E. (2009). *On Death and Dying. What the dying have to teach doctors, nurses, clergy and their own families*. Oxford: Routledge.
- Lei n.º 52/2012 de 5 de Setembro. (2012). Lei de Bases dos Cuidados Paliativos. Diário da República, 1.ª série - N.º 172 (05.09.2012) 5119-5124. Obtido em 20 de Setembro de 2015, de <http://www.apcp.com.pt/uploads/leidebasesdoscp.pdf>
- Nascimento, H. (2010). Astenia. Em A. Barbosa, & I. G. Neto, *Manual de Cuidados Paliativos* (2ª ed., pp. 213-228). Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Norlander, L. (2008). *To Comfort Always: A Nurse's Guide to End-of-Life Care*. Indianapolis: Honor Society of Nursing.
- Parsons, H. A. (2012). Caquexia e anorexia. Em R. T. Carvalho, & H. A. Parsons, *Manual de Cuidados Paliativos* (2ª ed., pp. 213-223). São Paulo: Academia Nacional de Cuidados Paliativos.
- Potter, M. L. (2010). Loss, Suffering, Grief, and Bereavement. Em M. Matzo, & D. W. Sherman, *Palliative care nursing: Quality Care to the End of Life* (3ª ed., pp. 199-226). New York: Springer Publishing Company.
- Querido, A., Salazar, H., & Neto, I. G. (2016). Comunicação. Em A. Barbosa, P. R. Pina, F. Tavares, & I. G. Neto, *Manual de Cuidados Paliativos* (3ª ed., pp. 815-832). Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Salomé, J. (1995). *Relação de Ajuda: Guia para Acompanhamento Psicológico de Apoio Pessoal, Familiar e Profissional*. Petrópolis: Vozes.
- Saporetti, L. A., Andrade, L., Sachs, M. F., & Guimarães, T. V. (2012). Diagnóstico e abordagem do sofrimento humano. Em R. T. Carvalho, & H. A. Parsons, *Manual de Cuidados Paliativos* (2ª ed., pp. 42-55). São Paulo: Academia Nacional de Cuidados Paliativos.

- Silva, S. C., & Alvarenga, M. I. (2014). Informação e comunicação – um olhar ético. *Cuidados Paliativos*, 1(1), 45-51. Obtido em 10 de Agosto de 2015, de http://www.apcp.com.pt/uploads/revista_cp_vol_1_n_1.pdf
- Simões, R. M., & Rodrigues, M. A. (2010). Relação de ajuda no desempenho dos cuidados de Enfermagem a doentes em fim de vida. *Escola Anna Nery*, 14(3), 485-489. DOI:org/10.1590/S1414-81452010000300008.
- Stajduhar, K. I., Thorne, S. E., McGuinness, L., & Kim-Sing, C. (2010). Patient perceptions of helpful communication in the context of advanced cancer. *Journal of Clinical Nursing*, 19, 2039-2047. DOI:10.1111/j.1365-2702.2009.03158.x
- Strang, S., Henoch, I., Danielson, E., Browall, M., & Melin-Johansson, C. (2014). Communication about existential issues with patients close to death-nurses' reflections on content, process and meaning. *Psycho-Oncology*, 23(5), 562-568. DOI:10.1002/pon.3456
- Twycross, R. (2003). *Cuidados Paliativos* (2ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores.

Apêndice IX: Reflexão - “A utilização de estratégias de comunicação durante
uma conferência familiar”

REFLEXÃO - “A UTILIZAÇÃO DE ESTRATÉGIAS DE COMUNICAÇÃO DURANTE UMA CONFERÊNCIA FAMILIAR”

No decorrer do ensino clínico, foi-me possível verificar que, com frequência, havia necessidade de consensualização das diferentes perspectivas da pessoa - família¹ - equipa sobre os cuidados. Esta consensualização requeria um momento de partilha de informação e clarificação dos objetivos/opções a tomar que foi concretizado nas conferências familiares. Com o intuito de dar resposta a um dos objetivos específicos que defini para este local de estágio: analisar as estratégias de comunicação utilizadas pelo enfermeiro durante uma conferência familiar, tive a oportunidade de participar na única conferência familiar ocorrida durante o estágio (desde o momento da sua preparação). Segundo Fernandes (2016, p. 660), a preparação da conferência familiar pela equipa de cuidados é obrigatória e fundamental, e deve obedecer a vários princípios: “criar ambiente de confiança e adaptação, em local apropriado; preparar os conteúdos a abordar; decidir quem vai estar presente; nomear o moderador entre os membros da equipa; informar o doente e restantes intervenientes convidando-os para estar presentes”.

Esta conferência incluiu profissionais como o enfermeiro, o médico, o fisioterapeuta, o terapeuta ocupacional e dois familiares de um homem de 70 anos (Sr. B) que tinha sofrido um acidente vascular cerebral hemorrágico há cerca de 6 meses, e que se encontrava atualmente, perante uma situação paliativa. Apesar de esta conferência não ser direcionada a uma pessoa com doença oncológica, considero que as problemáticas discutidas têm pontos em comum com a mesma, e por isso, admiti que seria importante a sua análise.

Os familiares do Sr. B solicitaram a realização de uma outra² conferência familiar (a quarta desde que foi internado), referindo que gostariam de abordar dois aspetos para si importantes: as limitações funcionais provocadas pela irreversibilidade da doença e o planeamento dos cuidados numa perspetiva futura. Dado o agravamento do estado clínico

¹ A família “é o núcleo social mais importante, e tem um papel fundamental no desenvolvimento e socialização dos seus membros. É a unidade básica em que nos apoiamos, e onde cada membro da família encontra o suporte e equilíbrio para ultrapassar os momentos de crise ao longo do ciclo de vida” (Fernandes, 2016, p. 657). Segundo o mesmo autor, a comunicação no seio das famílias assume diferentes formas que se encontram relacionadas com o tipo de relação existente entre os seus membros. É por isso importante que a equipa de cuidados conheça o tipo de comunicação familiar, para que facilmente encontre as formas mais adequadas de chegar a um bom entendimento entre os familiares e entre estes e a equipa.

² Não foi este o caso, mas se esta tivesse sido a primeira conferência familiar realizada junto desta família, faria sentido focar a trajetória de doença do Sr. B desde o momento do diagnóstico, até ao internamento na unidade. Esta trajetória poderia ser abordada da seguinte forma: *conhecemos os dados objetivos da condição clínica do Sr. B, mas pouco sabemos sobre a sua vida antes de ter ficado doente. Podem-nos contar como era a sua vida antes de ter ficado doente?* Através desta pergunta-aberta, poderíamos inclusivamente perceber o entendimento dos familiares sobre a informação médica.

do Sr. B, foi decidido em parceria com os familiares, que este não iria participar na mesma. Previamente, foi também agendado o dia e a hora da conferência, no sentido de validar a disponibilidade dos familiares. Imediatamente antes do seu início, os profissionais da equipa que iriam participar, confirmaram alguns aspetos-chave: quem seria o moderador³; os objetivos (partilha de informações, decisões específicas a tomar) e possíveis situações que pudessem gerar dúvidas ou conflitos.

Reunidos todos os intervenientes no local designado para as conferências familiares (sala própria), a médica assistente (designado o moderador), começou por sugerir que cada profissional dissesse o seu nome, profissão e as intervenções que desenvolve no dia-a-dia com o Sr. B. De seguida, fez um resumo de quais seriam os objetivos da conferência e a razão pela qual estavam reunidos naquele momento.

Iniciou a conferência com um discurso semelhante ao que descrevo: *antes de mais agradeço a vossa presença (dirigindo-se aos familiares). Estamos aqui hoje reunidos para falarmos sobre os cuidados prestados ao Sr. B. Vamos fazer um ponto de situação atual, e pensar juntos nos seus cuidados futuros. Como sabem, trata-se de uma situação grave, que deixou sequelas e temos trabalhado intensamente no sentido de minimizar o seu impacto na vida do Sr. B. Foi feito um plano de reabilitação personalizado, mas a melhoria não tem sido muito evidente após 5 meses de evolução. Este tempo que passou, dá-nos uma ideia que as melhorias não irão muito além das existentes, o que não significa que não continuemos a trabalhar no sentido de obter pequenos ganhos, pois todas as vitórias, mesmo que pequenas, são importantes.*

Diante esta exposição, cada profissional falou especificamente sobre os progressos que o Sr. B apresentava relativamente à sua área de intervenção e, foi consensual que devido a limitações cognitivas causadas pela doença os resultados não foram os mais favoráveis. Depois dos profissionais exporem a sua perspetiva, existiu um momento de silêncio. Após o mesmo, um dos familiares referiu que partilhava da mesma opinião pois todos os dias visitava o Sr. B, e percebia o impacto que estas limitações representavam no desenvolvimento de atividades de vida diárias como os cuidados de higiene pessoal ou a alimentação. Percebeu-se portanto, que a dependência gerava grande inquietação e preocupação nos familiares. Nesta ótica, considero que a perícia da equipa no âmbito da comunicação contribuiu para que o foco da questão “informar ou não informar” se tenha alterado para “como informar”, sendo utilizado o conceito de sinceridade prudente referido por Araújo (2011). A mesma autora refere que a sinceridade

³ Segundo Fernandes (2016, p. 660), o moderador “deve ter sensibilidade e perspicácia para responder ao que o doente e a família querem saber, e calar, se estes apresentam recusa e/ou incapacidade de saber a verdade”.

prudente pode ser entendida como a verdade progressiva e tolerável, à medida que as informações são oferecidas. Por conseguinte, foi essencial adequar a percepção e interpretação dos sinais não-verbais dos familiares, pois estes permitiram a identificação do seu estado emocional, ajudando os profissionais a perceberem “até onde poderiam ir” durante a interação.

Um dos familiares referiu ainda que ponderavam transferir o Sr. B para uma residência sénior que tinham perto de casa (aguardavam vaga), e que nesta instituição, o Sr. B poderia manter os cuidados que necessitava. A equipa assumiu que esta seria uma possibilidade, e que a transferência poderia ocorrer assim que conseguissem vaga nessa instituição. Quando esta informação foi transmitida, um dos familiares do Sr. B chorou, e referiu que se sentia perdido sem saber o que fazer.

Olhando nos olhos do familiar, e tocando a sua mão, o enfermeiro afirmou: *é normal que chore e que se sinta triste, nada disso é incomum perante a situação que está a vivenciar...* Nenhum dos profissionais poderia prever o estado emocional dos familiares, e por isso, revelou-se importante a validação das emoções que afloraram durante a interação, legitimando e normalizando o que foi expresso verbal e não-verbalmente.

Existiram também, vários momentos de silêncio durante a interação. De acordo com Araújo (2011) utilizar terapeuticamente o silêncio não implica necessariamente a ausência total da emissão de sons por parte do profissional (pois estratégias de comunicação para-verbal podem ser utilizadas para estimular a continuidade da fala), mas antes, não interromper a pessoa na exposição de suas ideias. Chalifour (2008) corrobora esta ideia ao referir que o silêncio não consiste apenas na ausência de palavra, ele é feito de atenção e interesse pelo que a pessoa comunica, e por isso, o silêncio pode ser desconfortável, mas devemos resistir ao desejo de preenchê-lo (Weissman, Quill, & Arnold, 2010). Neste entendimento, o silêncio perante as emoções expostas, assumiu uma cumplicidade distinta da estabelecida pelas palavras, e o respeito pelo mesmo foi determinante para que os familiares refletissem sobre o que lhes tinha sido dito, esclarecendo alguns aspetos que os preocupavam. Por conseguinte, perguntaram por que razão o Sr. B apresentava alterações do seu comportamento num curto espaço de tempo (de manhã conseguia realizar determinadas tarefas e à tarde não; alterações súbitas de humor). Os profissionais responderam que poderiam haver alterações bruscas do seu estado físico e cognitivo, e que não estranhassem, pois estas flutuações eram normais dado o estado avançado da doença. Referida esta informação, um dos familiares apresentou movimentos repetitivos das mãos, mordedura do lábio, hesitações para iniciar o seu discurso...

Ao observar este comportamento, o enfermeiro referiu:

Enfº: *Parece-nos um pouco nervoso... quer partilhar o que está a sentir connosco?*

Familiar: *Às vezes sinto que perco a paciência com essas alterações que ele tem... e sei que não é correto da minha parte...*

Enfº: *É natural que possa reagir dessa forma, mas um passo importante para que o possa ajudar nesse sentido, foi tomar essa consciência...*

Esta preocupação por parte dos familiares é corroborada por Guarda, Galvão, & Gonçalves (2010), quando referem que por vezes os familiares ficam preocupados por reagirem de forma pouco habitual face aos acontecimentos do dia-a-dia (comportamentos variáveis, humor flutuante) e necessitam que os profissionais assegurem que isso é normal, e por isso, destaco novamente a importância da validação. Considero que esta pergunta não surgiu por acaso, e foi evidente que o enfermeiro procurava uma resposta-reflexo⁴. Phaneuf (2005) refere que a resposta-reflexo é um decalque, de certa maneira, da resposta da pessoa ou da essência do que ela procura exprimir. Ainda o facto de apresentar um reflexo em espelho do que a pessoa diz, do que parece pensar ou da maneira como reage, permite que esta faça, por vezes, descobertas de si própria.

Perante a intervenção do enfermeiro, o moderador retoma o discurso utilizando perguntas-abertas: *De que forma os podemos ajudar? O que mais vos preocupa neste momento?* Buckman (2001) alega que numa comunicação terapêutica, quando o profissional está a tentar proporcionar suporte, as perguntas-abertas são essenciais para descobrir o que a pessoa sabe e sente, por forma a, se necessário, adaptar este suporte. A utilização de perguntas-abertas permitiu ainda oferecer uma resposta empática que foi materializada da seguinte forma: *Apesar de esta informação não ser uma novidade para vós, imagino que seja difícil escutarem estas palavras...*

De acordo com Levin (2015) a empatia gera confiança, e sem confiança, é impossível que a pessoa/família se envolva, com um profissional que por vezes pouco conhece, em decisões sobre a vida e a morte. Segundo o mesmo autor, sem a utilização da empatia a situação temida é congelada no tempo, e a ansiedade mantêm-se porque a ameaça nunca é processada de forma racional. Perante a utilização de diferentes estratégias de comunicação, foi possível verificar que, os profissionais contemplaram os meios de manifestar empatia referidos por Phaneuf (2005): o comportamento não-verbal foi ajustado ao “estado de alma” da pessoa; o tocar manifestou vontade de reconfortar;

⁴ Segundo Phaneuf (2005, p. 130) a resposta-reflexo permite ao enfermeiro “submeter o que compreende da situação à avaliação da pessoa para confirmar a sua exactidão ou para informar se não estiver em conformidade com a realidade. Este tipo de resposta é de facto uma afirmação que, apresentada num tom interrogativo, se torna uma questão largamente aberta”.

as palavras exprimiram a vontade em partilhar a dificuldade, e a utilização das respostas-reflexo indicou compreensão e sincronização com as emoções.

A escuta ativa, uma competência básica de comunicação em cuidados paliativos (Querido, Salazar, & Neto, 2016), também não foi descurada. De acordo com Araújo (2011, p. 182) “escutar ativamente em cuidados paliativos significa centrar-se no outro e em suas necessidades e requer grande esforço dirigido do profissional. Isto porque implica o uso terapêutico do silêncio, inclusive dentro de si próprio. Implica ao profissional certo “esvaziamento” momentâneo de pensamentos, preocupações e sentimentos próprios, com o objetivo de focar-se inteiramente no que expressa o paciente”. Para este efeito, durante a interação, foram utilizados segregados vocais enquanto os familiares falavam; foi feito o aceno afirmativo da cabeça; foi incentivada a continuidade do discurso, entre outros aspetos. A título pessoal, posso afirmar que enquanto escutava ativamente aquilo que era dito, tentava explorar a forma como os familiares do Sr. B estavam a vivenciar esta situação. Escutar ativamente, tratou-se por isso, de um compromisso não só de tempo, mas também de “disponibilidade mental”, por forma a estar sintónica com aquilo que os familiares estavam a expressar verbal e não-verbalmente.

Nesta linha de pensamento, remeto-me ainda a uma questão comum perante uma pessoa em situação paliativa, e que foi levantada por um dos familiares: *têm ideia de quanto tempo lhe resta?* A resposta a esta pergunta foi: *o tempo de vida é algo que não lhe sabemos responder, mas mais importante que a quantidade, será a qualidade de vida que queremos proporcionar ao Sr. B.*

Suponho que quando os familiares fizeram esta questão pretendiam uma resposta com um número absoluto de x semanas, meses ou anos, algo que não poderíamos prever. De acordo com Levin (2015), o fornecimento de informação prognóstica tem um carácter multifacetado, pois deve ser adaptado à pessoa, a fim de representar variáveis, tais como co-morbilidades, os tratamentos e os cuidados prestados. Perante esta questão por parte dos familiares foi determinante “vincar” a presença dos profissionais, uma importante estratégia de comunicação não-verbal em cuidados paliativos (Strang, Hensch, Danielson, Browall, & Melin-Johansson, 2014).

Segundo Araújo (2011), em contexto de cuidados paliativos, a presença do profissional significa oferecer a companhia durante um período difícil de incertezas e sofrimento, no qual o profissional muitas vezes não pode aliviar a carga emocional da pessoa, mas antes seguir ao seu lado até o fim, amparando-a. Esta estratégia concretizou-se nas seguintes palavras: *independentemente do tempo, se o agravamento do estado de saúde do Sr. B se tornar uma realidade, faremos tudo o que pudermos para*

o ajudar a ele, mas também aos senhores... Seguindo uma lógica de “não abandono”, estas palavras sugeriram que seriam prestados os melhores cuidados tendo em conta os recursos pessoais e profissionais existentes em cada elemento da equipa.

Por último, não posso deixar de salientar outras duas estratégias de comunicação não-verbal que contribuíram para a eficácia da comunicação: a postura corporal e o toque. A postura corporal dos profissionais foi de extrema importância. Uma ligeira inclinação do tronco, sem membros superiores e inferiores cruzados, indicaram uma atitude de abertura e envolvimento perante o que estava a ser dito. Além disso, o interesse em despender tempo e atenção foi também demonstrado quando em disposição circular, nos sentamos lado a lado com os familiares. Relativamente ao toque, este ocorreu durante e no final da interação. O toque na mão dos familiares, ao ser bem aceite por parte dos mesmos, foi ao encontro do seu espaço íntimo e transmitiu o desejo de fazer uma parte desta caminhada com eles, ajudando-os a aliviar e suportar o sofrimento. Neste sentido, a eficácia da comunicação não-verbal dos profissionais foi de extrema importância, pois não nos podemos esquecer que toda a nossa comunicação não-verbal será interpretada, correta ou incorretamente, pelo que, se conhecermos e aplicarmos os princípios de uma comunicação não-verbal eficaz, correremos menos riscos de ser mal interpretados (Querido, et al., 2016).

Perante a análise desta conferência familiar fica sublinhada a ideia que a utilização de estratégias de comunicação permite ajudar de forma estruturada e intencional a pessoa/família. Isso implica centrar a comunicação no que pode ser feito, não oferecendo soluções para os problemas, mas antes, oferecendo ferramentas para que os possam enfrentar. Futuramente, e tendo em conta o meu percurso de desenvolvimento de competências de comunicação, considero que deve existir da minha parte um envolvimento mais ativo em discussões que explorem de forma aberta e sem ambiguidades o curso provável da doença, para que possa ajudar a pessoa/família a integrar e a gerir de forma positiva uma situação paliativa.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Araújo, M. M. (2011). Comunicação em cuidados paliativos: proposta educacional para profissionais de saúde. Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (Tese de Doutoramento). São Paulo. DOI:10.11606/T.7.2011.tde-31052011-123633.

- Buckman, R. (2001). Communication skills in palliative care: A practical guide. *Neurologic Clinics*, 19(4), 989-1004. DOI:org/10.1016/S0733-8619(05)70057-8
- Chalifour, J. (2008). *A intervenção terapêutica: os fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda* (Vol. 1). Loures: Lusodidacta.
- Fernandes, J. (2016). Apoio à família em Cuidados Paliativos. In A. Barbosa, P. R. Pina, F. Tavares, & I. G. Neto, *Manual de Cuidados Paliativos* (3ª ed., pp. 653-663). Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Guarda, H., Galvão, C., & Gonçalves, M. J. (2010). Apoio à família. In A. Barbosa, & I. G. Neto, *Manual de Cuidados Paliativos* (2ª ed., pp. 751-760). Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Levin, T. T. (2015). Discussing Cancer Prognosis. *Oncology Journal*, 29(2), 142-144. Obtido em 10 de Janeiro de 2016, de <http://www.cancernetwork.com/oncology-journal/discussing-cancer-prognosis>
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência.
- Querido, A., Salazar, H., & Neto, I. G. (2016). Comunicação. In A. Barbosa, P. R. Pina, F. Tavares, & I. G. Neto, *Manual de Cuidados Paliativos* (3ª ed., pp. 815-832). Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Strang, S., Hensch, I., Danielson, E., Browall, M., & Melin-Johansson, C. (2014). Communication about existential issues with patients close to death-nurses' reflections on content, process and meaning. *Psycho-Oncology*, 23(5), 562-568. DOI:10.1002/pon.3456
- Weissman, D. E., Quill, T. E., & Arnold, R. M. (2010). The Family Meeting: Starting the Conversation. *Journal of Palliative Medicine*, 13(2), 204-205. DOI:10.1089/jpm.2010.9878.

Apêndice X: Reflexão - “Recursos e limites pessoais e profissionais no âmbito da comunicação com a pessoa com doença oncológica em situação paliativa e seus familiares”

REFLEXÃO - “RECURSOS E LIMITES PESSOAIS E PROFISSIONAIS NO ÂMBITO DA COMUNICAÇÃO COM A PESSOA COM DOENÇA ONCOLÓGICA EM SITUAÇÃO PALIATIVA E SEUS FAMILIARES”

No decorrer do meu percurso de desenvolvimento de competências, fez-me sentido refletir sobre os meus recursos e limites pessoais e profissionais no âmbito da comunicação. Para este efeito, ao longo desta reflexão serão expostos aspetos pessoais e profissionais que marcaram o início da minha vida profissional, e consequentemente, a realidade atual.

Recordo-me que desde o início da minha vida profissional, sempre manifestei uma vontade genuína em cuidar da pessoa com doença oncológica em situação paliativa e seus familiares. Contudo, em paralelo à prestação de cuidados, persistiam as dúvidas: *Serei capaz de permanecer lado a lado com uma pessoa/família em sofrimento? Será que me irei envolver demasiado (emocionalmente) e perder a efetividade da minha intervenção? Saberei utilizar as palavras e os silêncios no momento certo?* Sentia por isso que, a minha intervenção era redutora, faltando algo que permitisse aceder com maior profundidade ao sofrimento motivado pela incurabilidade de uma doença oncológica. Paulatinamente, comecei a entender que a relação que estabelecia com a pessoa/família apresentava fragilidades e pouco tinha de terapêutica¹. A consciência destas limitações fez-me enveredar por um percurso de desenvolvimento de competências de comunicação. Na realidade, foi esta busca incessante por querer fazer *mais* e *melhor*, e por querer tornar uma interação terapêutica, que me fez compreender a importância da comunicação, um instrumento básico dos cuidados de Enfermagem (Amendoeira, et al., 2003). Segundo Malloy, Virani, Kelly, & Munévar (2010) é universal a necessidade de uma comunicação especializada nos cuidados de Enfermagem, mas em momentos especialmente intensos, tais como cuidados a pessoas em situações de doença prolongada ou em fim-de-vida, esta assume especial importância.

A Ordem dos Enfermeiros (2010) alega que o desenvolvimento pessoal e a capacidade de autoconhecimento² é central na prática de Enfermagem, e como tal, deve existir uma consciencialização da influência pessoal na relação profissional. Faz-me por

¹ Bach & Grant (2009) referem que a Enfermagem, enquanto disciplina do cuidar, detém a importância de estabelecer uma relação terapêutica com a pessoa/família, o que engloba naturalmente uma comunicação eficaz que permita identificar o que é importante para a mesma, assim como as suas vivências, necessidades psicológicas e sofrimento.

² Araújo (2011) refere que ter em atenção o próprio comportamento, tomando consciência de atitudes não-verbais inconscientes, como o modo de falar e a linguagem corporal, são de suma importância para o autoconhecimento.

isso sentido, refletir sobre este aspeto. Antes de iniciar a minha atividade profissional como enfermeira, a doença oncológica já tinha um lugar na minha vida. A perda de familiares, assim como a vivência da doença junto de pessoas significativas, foram sem dúvida experiências disruptivas. Durante este período, existiu também algum desconhecimento sobre o tratamento, a cura ou a cronicidade do cancro³, uma vez que, o cancro tem atingido as particularidades de uma doença crónica em que uma ideia de continuidade no tempo, presume que a pessoa e os seus familiares/cuidadores vão aprendendo a viver e a gerir a doença (Heyse-Moore, 2009).

Ao iniciar a minha atividade profissional, detentora de um conhecimento maioritariamente académico sobre a doença oncológica, considero que as minhas experiências anteriores e o referido desconhecimento foram “transportados” para a prestação de cuidados. Não sendo o meu propósito fomentar o sofrimento da pessoa/família, considero que era isso que demonstrava pela forma como comunicava, especialmente de forma não-verbal. Durante as interações, a forma como a pessoa oscilava entre a alegria e tristeza, o controlo e o descontrolo sintomático, o conforto e o desconforto, faziam com que me questionasse: *Será que a minha expressão não-verbal transparece a minha insegurança e as minhas dificuldades?* Efetivamente, perante a incurabilidade da doença oncológica, nem a pessoa tem de viver submersa em angústia e sofrimento, nem o enfermeiro deve intervir com esta perceção, dado o risco de ser ineficaz. Esta consciencialização fez-me perceber com maior clareza a importância das estratégias de comunicação verbal, não-verbal e para-verbal, e o quanto a sua utilização poderia contribuir para a eficácia da interação com a pessoa/família.

Tomo como exemplo duas estratégias de comunicação não-verbal: a expressão facial e o contacto visual, pois segundo Querido, Salazar & Neto (2016, p. 821) “a expressão facial, juntamente com o contacto visual, poderão ser considerados como os dois aspetos mais fortes da comunicação não-verbal”. A expressão facial compõe-se a partir da combinação da posição das sobrancelhas, formato e posição dos olhos, das narinas e da boca, em que cada uma delas pode transmitir diferentes emoções e sentimentos (Querido, et al., 2016). Phaneuf (2005) refere que a expressão facial pode em grande parte obedecer ao controlo da vontade, mas que certas reações súbitas, tais como o espanto ou o medo transparecem involuntariamente. Tenho a perceção que

³ Nos últimos anos tem-se assistido a avanços científicos e tecnológicos que proporcionam terapêuticas eficazes no tratamento da doença. A evolução dos tratamentos com fármacos de toxicidade mínima, radioterapia com maior precisão, técnicas cirúrgicas inovadoras, todas elas associadas à capacidade de detetar a doença numa fase precoce, permitiram tornar o cancro numa doença potencialmente controlável, e em alguns tipos de cancro, curável (American Cancer Society, 2016).

franzia as sobrancelhas com frequência durante as interações, algo que pode ser interpretado como sinal de preocupação, surpresa ou irritação (Querido, et. al., 2016).

Dado o conhecimento que tenho vindo a desenvolver sobre a comunicação não-verbal, embora tenha presente que camuflar as emoções possa prejudicar a autenticidade da comunicação, tenho tentado controlar a expressão facial por forma a demonstrar uma atitude de abertura, compreensão e interesse em ajudar o outro. Nesta ótica, Araújo (2011) refere que a expressão facial deve ser positiva, encorajadora e manifestadora de interesse. Revela-se assim desejável apresentar uma expressão facial congruente com a linguagem verbal que transmita uma sensação de interesse genuíno, esperança e compromisso. Na perspetiva de Phaneuf (2005), nem sempre é fácil demonstrar congruência, mas esta constitui uma dimensão determinante na eficácia da comunicação, pois ao ser congruente, o enfermeiro não é forçado a revelar toda a informação, mas o que pensa, diz e faz deve ser verdadeiro.

O contacto visual, igualmente importante para a eficácia da comunicação, pode revelar a honestidade e a autenticidade da comunicação, pois “comunicar consiste em primeiro lugar em partilhar um olhar com a pessoa com a qual estamos em relação, em trocar com ela a expressão do sentido profundo que atribuímos mutuamente ao que é dito” (Phaneuf, 2005, p. 35). Segundo Araújo (2011), o contato visual pode denotar interesse e, representa portanto, uma estratégia de comunicação não-verbal facilitadora da interação com a pessoa/família. Desviar o olhar propositadamente pode demonstrar insegurança, constrangimento ou medo de se ser julgado como ineficaz. Por outro lado, olhar intensamente quando a pessoa chora pode ser considerado intrusivo e embaraçoso (Querido, et. al., 2016). Estes aspetos enfatizam que além de retratar emoções, o olhar permite regular o fluxo da interação, e daí a necessidade do seu ajuste consoante o rumo da interação.

Ao utilizar o contacto visual com eficácia, tenho vindo a perceber que o olhar pode assumir diferentes significados: quando olhamos a pessoa como o foco da nossa atenção e prioridade, em vez de desviarmos o olhar absorvidos por coisas que nos focam nas tarefas que iremos realizar, manifestamos respeito e atenção pelo que nos está a comunicar; perante situações em que o olhar é o único meio de comunicação, o contacto visual é decisivo para a compreensão da mensagem transmitida; revela-se igualmente importante saber “ler” o que os olhos da pessoa transmitem, pois “os olhos são o espelho da alma”, e muitas vezes o olhar expressa de forma marcada o que está a sentir e a forma como está a vivenciar a sua situação de doença; devemos também saber interpretar o eco do olhar que transmitimos, pois se não acharmos “adequado” o modo como a pessoa

nos olha, devemos prestar atenção às mensagens que o nosso olhar está a emitir, entre outros aspetos.

Antes de desenvolver competências de comunicação, eram inúmeras as situações em que desviava o olhar e não conseguia manter um contacto visual adequado com a pessoa/família. Este comportamento pode colocar a pessoa/família pouco à vontade, razão pela qual o enfermeiro deve interrogar-se sobre qual é a verdadeira causa, sendo útil um momento de introspeção e autoanálise (Phaneuf, 2005). Partindo desta linha de pensamento, sublinho que o desenvolvimento da minha capacidade de introspeção e autoanálise tem-se apresentado como um recurso pessoal e profissional importante para que compreenda o valor da eficácia da comunicação. De igual forma, a reflexão sobre a prática tem diminuído o automatismo das minhas intervenções, contrariando uma atitude pessoal e profissional mecânica e automática que não me permitia individualizar o processo de comunicação com a pessoa/família.

Neste sentido, dada a permeabilidade e o empenho a que me tenho exposto durante este percurso de desenvolvimento de competências, considero que os receios e as dificuldades que referi têm vindo a desvanecer, pois tal como refere a evidência científica, o treino e a formação são decisivos para o desenvolvimento de competências de comunicação (Buckman, 2001; Clayton, Reblin, Carlisle, & Ellington, 2014; Querido, et al., 2016). Contudo, e não descurando a importância do treino e formação, ressalvo que “mais formação nem sempre significa mais eficácia prática, uma vez que a ação está relacionada com o sujeito que a pratica. Os estados emocionais e motivacionais positivos são condição necessária para uma ação empenhada em contextos complexos. A autoestima e a satisfação com a vida em geral é condição para que o enfermeiro se envolva com entusiasmo e eficácia no seu meio social e no seu trabalho. Para cuidarem dos outros, os enfermeiros devem poder ter uma avaliação subjetiva, positiva, de si mesmo” (Simões & Rodrigues, 2010, p. 486).

Ao analisar a perspetiva destes autores, fica clara a minha intenção de desenvolver competências que melhorem a forma como comunico profissional e pessoalmente, pois é ténue a linha que desvincula estas duas componentes. Neste âmbito, sempre existirão novas questões que se levantam e que devem ser alvo de reflexão, um aspeto decisivo no alcance de uma meta que tanto ambiciono: comunicar eficazmente com a pessoa com doença oncológica em situação paliativa e seus familiares.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Amendoeira, J., Barroso, I., Coelho, T., Santos, I., Godinho, C., Saragoila, F., . . . Filipe, D. (2003). Os instrumentos básicos na construção da disciplina de Enfermagem - expressões e significados. Santarém. Obtido em 10 de Maio de 2015, de <http://repositorio.ipsantarem.pt/bitstream/10400.15/88/1/PublicacaoOnlineIBEinstrumentosBasicosdeEnfermagem%5b1%5d.pdf>
- American Cancer Society. (2016). *Cancer Facts & Figures*. Atlanta: American Cancer Society. Obtido em 3 de Maio de 2016, de <http://www.cancer.org/acs/groups/content/@research/documents/document/acspc-047079.pdf>
- Araújo, M. M. (2011). Comunicação em cuidados paliativos: proposta educacional para profissionais de saúde. Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (Tese de Doutorado). São Paulo.
DOI:10.11606/T.7.2011.tde-31052011-123633.
- Bach, S., & Grant, A. (2009). *Communication and Interpersonal Skills for Nurses*. United Kingdom: Learning Matters.
- Buckman, R. (2001). Communication skills in palliative care: A practical guide. *Neurologic Clinics*, 19(4), 989-1004. **DOI:**org/10.1016/S0733-8619(05)70057-8
- Clayton, M. F., Reblin, M., Carlisle, M., & Ellington, L. (2014). Communication Behaviors and Patient and Caregiver Emotional Concerns: A Description of Home Hospice Communication. *Oncology Nursing Forum*, 41(3), 311-321.
DOI:10.1188/14.ONF.311-321
- Heyse-Moore, L. (2009). *Speaking of Dying - A Practical Guide to Using Counselling Skills in Palliative Care*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Malloy, P., Virani, R., Kelly, K., & Munévar, C. (2010). Beyond Bad News-Communication Skills of Nurses. *Journal of Hospice and Palliative Nursing*, 12(3), 166-174.
DOI:10.1097/NJH.0b013e3181d99fee
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Lisboa. Obtido em 7 de Junho de 2015, de http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência.

- Querido, A., Salazar , H., & Neto, I. G. (2016). Comunicação. Em A. Barbosa, P. R. Pina, F. Tavares, & I. G. Neto, *Manual de Cuidados Paliativos* (3ª ed., pp. 815-832). Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Simões, R. M., & Rodrigues, M. A. (2010). Relação de ajuda no desempenho dos cuidados de Enfermagem a doentes em fim de vida. *Escola Anna Nery*, 14(3), 485-489. DOI:org/10.1590/S1414-81452010000300008.

Apêndice XI: Plano da sessão de formação (Parte I)

PLANO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO (Parte I)

Tema: Comunicação do enfermeiro com a pessoa com doença oncológica em situação paliativa e seus familiares: Contributos para a melhoria dos cuidados

Local: Internamento médico-cirúrgico

Duração: 40 minutos

Data: 12 de Janeiro de 2016

Hora: 15:30

Destinatários: Enfermeiros do internamento médico-cirúrgico

OBJETIVOS GERAIS	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	CONTEÚDOS PROGRAMÁTICOS	METODOLOGIA FORMATIVA	RECURSOS MATERIAIS	AValiação
Capacitar os enfermeiros no âmbito das competências básicas e estratégias de comunicação enfermeiro-pessoa com doença oncológica em situação paliativa e seus familiares.	Que os enfermeiros sejam capazes de: - Identificar os três tipos de comunicação; - Identificar as competências básicas e as estratégias de comunicação; - Refletir sobre o contributo das competências básicas e estratégias para a eficácia da comunicação enfermeiro-pessoa/família.	Introdução (5 minutos): - Justificação do âmbito do projeto; - Apresentação dos objetivos e metodologia adotada para a implementação do projeto. Desenvolvimento (25 minutos): - Apresentação do estado da arte sobre a temática; - Definição dos 3 tipos de comunicação (verbal; não-verbal e para-verbal); - Identificação das competências básicas de comunicação (empatia, escuta ativa e <i>feed-back</i>); - Exposição teórico-prática das competências básicas e estratégias de comunicação recorrendo a exemplos da prática. Conclusão (10 minutos): - Síntese dos conteúdos apresentados; - Solicitação de sugestões para a implementação do projeto.	- Método expositivo para transmissão oral de conhecimentos, conteúdos e conceitos teóricos; - Método interrogativo para a reflexão de questões relacionadas com a temática.	- Sala adequada para formação com mesas e cadeiras dispostas em “U”; - Computador; - Tela de projeção.	- Debate e esclarecimento de dúvidas acerca dos conteúdos apresentados; - Entrega de documento de avaliação da formação.

Apêndice XII: Documento de avaliação da qualidade da formação

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA FORMAÇÃO

(A preencher pelo Formando)

Ação de Formação

Formador

Nº de Horas

Data

PROGRAMA DA AÇÃO

Objetivos da ação

Conteúdos da ação

Utilidade dos conteúdos

Grau de satisfação

Correspondência com expetativas

Escala: Min. 1 - Max. 5

	1	2	3	4	5	
Confusos						Muito claros
Inadequados						Totalmente adequados
Inaplicáveis						Totalmente aplicáveis
Insatisfeito						Totalmente satisfeito
Nada						Totalmente

FUNCIONAMENTO DA AÇÃO

Motivação e participação

Relacionamento entre os participantes

Instalações e equipamentos

Documentação ao dispor

Apoio técnico-administrativo

Escala: Min. 1 - Max. 5

	1	2	3	4	5	
Ausente						Plena
Negativo						Muito positivo
Deficientes						Totalmente adequados
Inadequada						Totalmente adequada
Inexistente						Muito eficaz

ATUAÇÃO DOS FORMADORES

Domínio do assunto

Relação com os participantes

Linguagem utilizada

Metodologia formativa

Escala: Min. 1 - Max. 5

	1	2	3	4	5	
Nada						Totalmente
Negativa						Muito positiva
Inadequada						Totalmente adequada
Inexistente						Muito eficaz

SUGESTÕES

Conteúdos a desenvolver com maior profundidade, a incluir ou a retirar. Outras observações.

Data: / /

O Formando: _____

Apêndice XIII: Reflexão - “Gestão de expectativas na
prestação de cuidados paliativos”

REFLEXÃO - “GESTÃO DE EXPECTATIVAS NA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS PALIATIVOS”

A gestão de expectativas foi uma temática complexa de comunicação que marcou as interações junto da Sra. A¹ (uma pessoa com doença oncológica em situação paliativa), e daí o seu destaque na presente reflexão.

No primeiro dia de estágio, no momento de passagem de ocorrências, foram tecidos alguns comentários (por parte dos enfermeiros-chave e outros enfermeiros da equipa) relativamente à Sra. A: *“coitadinha, lá vai estando...”; “não fala muito...”; “está muito triste e deprimida...”*. As opiniões divergiam, pois alguns enfermeiros achavam que a Sra. A era *“difícil”*, outros achavam que era *“ansiosa”*... porque... *“só pensa em fazer quimioterapia e não percebeu que não vale a pena porque vai morrer na mesma...”*

Perante estes comentários, competia-me demonstrar junto dos enfermeiros que uma comunicação eficaz, além de poder confortar² a Sra. A, poderia devolver grande satisfação pessoal e profissional a quem dela cuidava. Esta perspetiva é partilhada por Malloy, Virani, Kelly, & Munévar (2010) quando referem que as dificuldades e frustração dos enfermeiros na gestão de situações complexas de comunicação opõe-se a uma enorme satisfação, quando sentem que são capazes de promover uma comunicação eficaz. Importava então conhecer a Sra. A., integrando o seu contexto físico, psicoespiritual, sociocultural e ambiental, por forma a atingir um estado de conforto que fosse além da ausência de dor ou outros desconfortos físicos (Kolcaba, 2003).

A Sra. A era uma mulher de 64 anos, professora, cuja notícia do diagnóstico³ lhe tinha sido comunicada há cerca de um ano. Dada a progressão da doença, e a sua situação clínica atual, encontrava-se numa fase final da sua vida. Tinha sido admitida no serviço (há cerca de um mês) para controlo da dor. Nutria uma relação afetuosa com o seu marido, filho e neta de dois anos, cuja fotografia se encontrava na sua mesa-de-cabeceira. Devido a incompatibilidade de horários, a interação com os familiares foi pontual, mas segundo os enfermeiros-chave, estes visitavam-na todas as manhãs. Apesar de estar internada, não tinha cortado laços com tudo o que fazia parte da sua vida, como as suas peças de vestuário; os seus utensílios de higiene ou mesmo a personalização do quarto (individual) com fotografias, flores, livros, entre outros objetos

¹ As interações junto da Sra. A ocorreram durante as 6 semanas de estágio, tendo a sua morte ocorrido na última semana do mesmo.

² Confortar é entendido como um processo que fortalece a pessoa (Kolcaba, 2003).

³ Perante o diagnóstico da doença oncológica, a Sr. A recorreu a instituições hospitalares de referência que lhe ofereceram diferentes opções de tratamento, tendo realizado quimioterapia e radioterapia neoadjuvante e posteriormente o tratamento cirúrgico.

significativos para si. Ao observar a Sra. A, deparei-me com uma mulher confinada ao leito, emagrecida, pálida, com alopecia. Apresentava um olhar triste e dificuldade em estabelecer contacto visual (cabisbaixo a maioria do tempo). O seu aperto de mão era débil, dada a astenia marcada que apresentava. O seu tom de voz era calmo e suave, e por vezes pouco perceptível. No seu discurso não abordava de forma explícita a progressão da doença⁴, no entanto, considero que a Sra. A tinha consciência da mesma, uma vez que, a consciencialização da progressão da doença é proveniente de uma conjuntura de sinais e sintomas da própria condição que afetam a normalidade do seu dia-a-dia, existindo uma aceitação parcial da condição de doente e a necessidade de negação da morte possivelmente para uma vivência sadia deste processo (Fonseca, Cruz, & Neto, 2012).

Realizar ou não mais um tratamento de quimioterapia, foi um assunto abordado diversas vezes por parte da Sra. A⁵, e por isso, conferi espaço para que partilhasse o que considerava serem pontos fortes/fracos relativamente a cada uma das opções, assegurando-lhe que independentemente da sua decisão, não estava sozinha, tendo demonstrando disponibilidade e apoio no que fosse necessário. Partindo desta ótica, e utilizando (a Sra. A) por diversas vezes a palavra “prognóstico”, ficou evidente que o diálogo sobre a evolução da sua situação clínica era uma das suas preocupações. Segundo Levin (2015), do mesmo modo que o controlo do tempo ajuda a planear uma viagem de fim-de-semana, a compreensão do prognóstico permite que a pessoa com cancro planeie os seus dias, semanas, meses ou anos vindouros. Por esta razão, Jackson, et al., (2013) alegam que, se a pessoa solicitar, é importante um diálogo sobre prognóstico, pois esta conversa irá permitir que a pessoa disponha de informações que lhe possibilitem a realização de um planeamento informado sobre a sua vida, em que estão patentes decisões sobre intervenções médicas ou relacionadas com o final de vida.

Numa das interações a Sra. A referiu:

Sra. A: *Sei que os tratamentos não vão dar em nada e que o meu prognóstico é limitado. Não há remédio. Vou estar cá mais umas semanas? Meses? Mas gostaria de fazer na mesma. É um objetivo que quero cumprir.*

As perguntas retóricas marcaram esta interação, e com isso percebi que não me estava a pedir uma resposta numérica, mas antes a ecoar a esperança que um tratamento

⁴ Twycross (2003) refere que são poucas as pessoas que adotam esta posição permanentemente, pois quem deseja saber mais acerca do seu estado, pergunta frequentemente de forma indireta: *Quanto tempo acha que vou estar assim? Não estou a melhorar pois não?*

⁵ Perante informações relativamente à evolução da situação clínica da Sra. A, foi destrinchado o binómio pessoa/família, pois por vontade expressa da mesma, apenas foi facultada à família a informação que considerou relevante.

de quimioterapia lhe permitisse viver mais umas semanas ou uns meses... Perante estas perguntas e afirmações, foi respeitado o silêncio e foram evitadas respostas precisas, como sejam horas, dias ou meses, pois os profissionais de saúde têm limites, e o da predição é um deles (Querido, Salazar , & Neto, 2016). De facto, a arte de prever o futuro ainda não se tornou suficientemente científica, pois sendo a morte um fenómeno biológico claramente identificado, as perceções do significado, tempo e circunstâncias em que o processo de morrer e a morte ocorrem, ainda permanecem num conhecimento pouco estabelecido e ensinado (Arantes, 2012).

À medida que se foi instaurando uma relação de confiança, a Sra. A começou a falar sobre a sua trajetória de doença, nomeadamente sobre os múltiplos internamentos existentes desde o momento do diagnóstico. Proporcionar a partilha destas vivências foi importante, pois segundo Jackson, et al., (2013) as discussões sobre expectativas face ao prognóstico, não devem abordar exclusivamente a expectativa de vida, mas incluir também informações sobre a trajetória da doença, pois ambas as abordagens permitem que a pessoa planeie objetivos atingíveis dentro do contexto atual da doença. Neste sentido, foi essencial sustentar as interações em estratégias de comunicação verbal, não-verbal e para-verbal por forma a atingir um estado de tranquilidade, caracterizado por devolver calma e satisfação (Kolcaba, 2003).

A utilização de perguntas-abertas foi imprescindível na expressão de pensamentos e sentimentos que ajudaram a pessoa a explorar e a descrever a sua preocupação. Além das perguntas-abertas, a clarificação foi uma estratégia de comunicação verbal igualmente útil durante as interações. Na verdade, clarificar nunca foi demais, pois face à complexidade da temática, esta estratégia permitiu “retificar” informações incorretas ou ambíguas. Tomo como exemplo o facto de ser sido clarificado junto da Sra. A, o intuito do tratamento de quimioterapia, dado que, este tinha um fim paliativo e não curativo. Neste contexto, o uso da clarificação junto da Sra. A visou ajudá-la a perceber com maior clareza o seu problema ou as suas soluções (Lazure, 1994).

Perante a gestão de expectativas, Levin (2015) refere que quando a transmissão de informação ocorre de forma realista, a informação fornecida pode ser esmagadora e muitas vezes soar a pessimista. Por outro lado, “cega” pelo otimismo, a pessoa já em fase final de vida, pode optar por fazer “mais quimioterapia”, em vez de prosseguir com uma abordagem apropriada de cuidados paliativos. A perspetiva deste autor defende que um equilíbrio entre a esperança e o realismo vai promover o *coping* da pessoa. Jackson, et al., (2013) acrescentam que a coligação de esperança e preocupação pode facilitar uma visão realista da situação.

Seguindo estas perspetivas, este assunto foi introduzido da seguinte forma:

Enfº: *Posso imaginar o quanto é importante para si a realização do tratamento de quimioterapia, e de facto, estamos à espera que as coisas corram bem durante longos períodos... Mas pergunto-me se nos devemos preparar para o caso de as coisas não serem como estamos à espera. Já pensou como será se as coisas não correrem como desejamos?*

Esta estratégia de comunicação pode ser definida como a estratégia dos dedos cruzados: manifestar que desejamos o melhor – *oxalá possa vir a melhorar, mas ...* colocar a hipótese de o pior vir a acontecer (Querido, et al., 2016). Esta estratégia foi utilizada junto da Sra. A, e teve um impacto securizante junto da mesma, ao perceber que não seria “abandonada” tanto num cenário favorável, como desfavorável. Por outro lado, a sua utilização permitiu criar um horizonte ao qual a Sra. A se foi adaptando de acordo com a evolução da sua situação.

Back, Trinidad, Hopley, & Edwards (2014) sugerem outras formas de introduzir este assunto, sinalizando a pessoa que a sua trajetória de doença está a sofrer alterações. Ao descrever a situação atual como “*um lugar diferente*”, “*uma encruzilhada*”, “*um ponto de viragem*” ou “*está em C, não está em A*”, fica claro que é necessário mudar de rumo. Estas expressões metafóricas sinalizam a necessidade de ida para um lugar novo (paliativo) e deixam de enfatizar o passado (curativo), em que muitas vezes é mencionado repetidamente: “*os tratamentos deixaram de ser eficazes*” - uma afirmação que segundo os mesmos autores não facilita o processo de adaptação a uma nova realidade.

Independentemente da estratégia utilizada, o enfermeiro deve estar em condições de apreender qualquer oposição, incompreensão ou emoção que, surgindo durante a interação, possam modificar o seu curso (Phaneuf, 2005). Foi por isso importante, a forma como comuniquei não-verbalmente durante a interação. Sentada junto à cama da Sra. A, a distância pessoal utilizada permitiu um contacto próximo, sem que fosse invasiva, percebendo que sinais não-verbais expressava. Possibilitou também escutar ativamente e transmitir uma mensagem de interesse, necessária para o estabelecimento de um vínculo empático. O contacto visual também deteve a sua importância. Sendo esta uma temática complexa de comunicação, não existiu uma interrupção do contato visual, pois isso poderia denotar desinteresse e interromper ou prejudicar o fluxo da comunicação. Por esta razão, as estratégias de comunicação não-verbal assumiram especial acuidade, uma vez que, “podemos deixar de falar, mas não de nos comunicar, visto que a sinalização do não-verbal existe sempre. Calar é mensagem, falar é mensagem; sentar é mensagem, levantar é mensagem; olhar é mensagem, desviar o olhar também” (Silva, 2012, p. 52). Nesta ótica, ficou sedimentada a importância da comunicação não-verbal na

manifestação de um largo espectro de expressões corporais e comportamentos que transcendem, acompanham e suportam as relações verbais (Phaneuf, 2005).

Não posso deixar de referir que revi-me nos comentários dos enfermeiros (descritos inicialmente), e por momentos pensei que iria ter dificuldade em estabelecer uma comunicação eficaz com a Sra. A, pois antes de desenvolver competências de comunicação, estes comentários eram uma “rotina” diante situações semelhantes. *Demonstram insegurança? Distanciamento? Ineficácia? Dificuldade? Frustração?*

Contudo, paulatinamente, fui percebendo que estava a ultrapassar estas dificuldades, pois possuía atualmente competências de comunicação que permitiram, entre outros aspetos, compreender de forma mais aprofundada que expectativas a Sra. A depositava no tratamento de quimioterapia e o que aspirava com o mesmo. Perante esta realidade, pude verificar que a eficácia da intervenção foi possível devido à utilização de estratégias de comunicação, e que decorrente da mesma, foram obtidos resultados positivos junto da Sra. A: maior “abertura” da postura corporal; a expressão dos seus receios e preocupações; estabelecimento de contacto visual; um aperto de mão vigoroso no final da interação; solicitação de novos encontros; entre outros resultados. Face à análise exposta, partilho da perspetiva de Norton, et al., (2013) quando referem que a gestão das expectativas é uma componente essencial da comunicação em cuidados paliativos, em que a definição de objetivos que integrem os valores da pessoa e a sua condição clínica estão associados a resultados positivos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

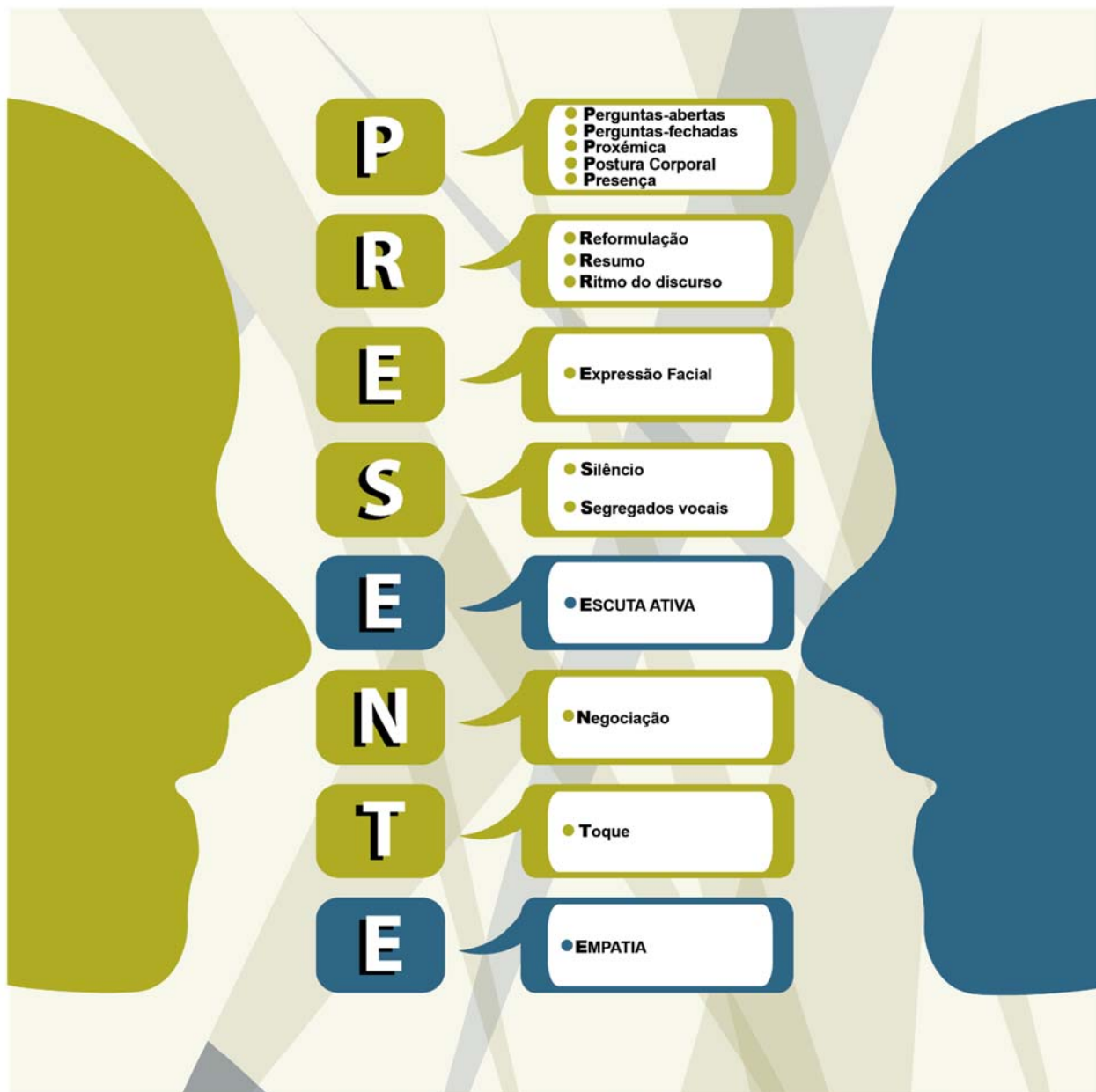
- Arantes, A. C. (2012). Indicações de Cuidados Paliativos. Em R. T. Carvalho, & H. A. Parsons, *Manual de Cuidados Paliativos* (2ª ed., pp. 56-74). São Paulo: Academia Nacional de Cuidados Paliativos.
- Back, A. L., Trinidad, S. B., Hopley, E. K., & Edwards, K. A. (2014). Reframing the Goals of Care Conversation: “We’re in a Different Place”. *Journal of Palliative Medicine*, 17(9), 1019-1024.
DOI:10.1089/jpm.2013.0651
- Fonseca, M. F., Cruz, A. G., & Neto, D. M. (2012). Expectativas dos doentes face ao internamento numa unidade de cuidados paliativos. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(7), 191-198.
DOI:org/10.12707/RIII11102.

- Jackson, V. A., Jacobsen, J., Greer, J. A., Pirl, W. F., Temel, J. S., & Back, A. L. (2013). The Cultivation of Prognostic Awareness Through the Provision of Early Palliative Care in the Ambulatory Setting: A Communication Guide. *Journal of Palliative Medicine*, 16(8), 894-900.
DOI:10.1089/jpm.2012.0547
- Kolcaba, K. (2003). *Comfort Theory and Practice - A vision for Holistic Health Care and Research*. New York: Springer Publishing Company.
- Lazure, H. (1994). *Viver a Relação de Ajuda - Abordagem teórica e prática de um critério de competência da enfermeira*. Lisboa: Lusodidacta.
- Levin, T. T. (2015). Discussing Cancer Prognosis. *Oncology Journal*, 29(2), 142-144. Obtido em 10 de Janeiro de 2016, de <http://www.cancernetwork.com/oncology-journal/discussing-cancer-prognosis>
- Malloy, P., Virani, R., Kelly, K., & Munévar, C. (2010). Beyond Bad News-Communication Skills of Nurses. *Journal of Hospice and Palliative Nursing*, 12(3), 166-174.
DOI:10.1097/NJH.0b013e3181d99fee
- Norton, S. A., Metzger, M., DeLuca, J., Alexander, S. C., Quill, T. E., & Gramling, R. (2013). Palliative Care Communication: Linking Patients' Prognoses, Values, and Goals of Care. *Research in Nursing & Health*, 36(6), 582–590.
DOI:10.1002/nur.21563
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência.
- Querido, A., Salazar, H., & Neto, I. G. (2016). Comunicação. Em A. Barbosa, P. R. Pina, F. Tavares, & I. G. Neto, *Manual de Cuidados Paliativos* (3ª ed., pp. 815-832). Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Silva, M. J. (2012). Comunicação de Más Notícias. *O Mundo da Saúde*, 36(1), 49-53. Obtido em 22 de Agosto de 2016, de http://bvsms.saude.gov.br/bvs/artigos/mundo_saude/comunicacao_mas_noticias.pdf
- Twycross, R. (2003). *Cuidados Paliativos* (2ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores.

Apêndice XIV: *Poster* do acrónimo de comunicação (*PRESENTE*)

Competências e Estratégias

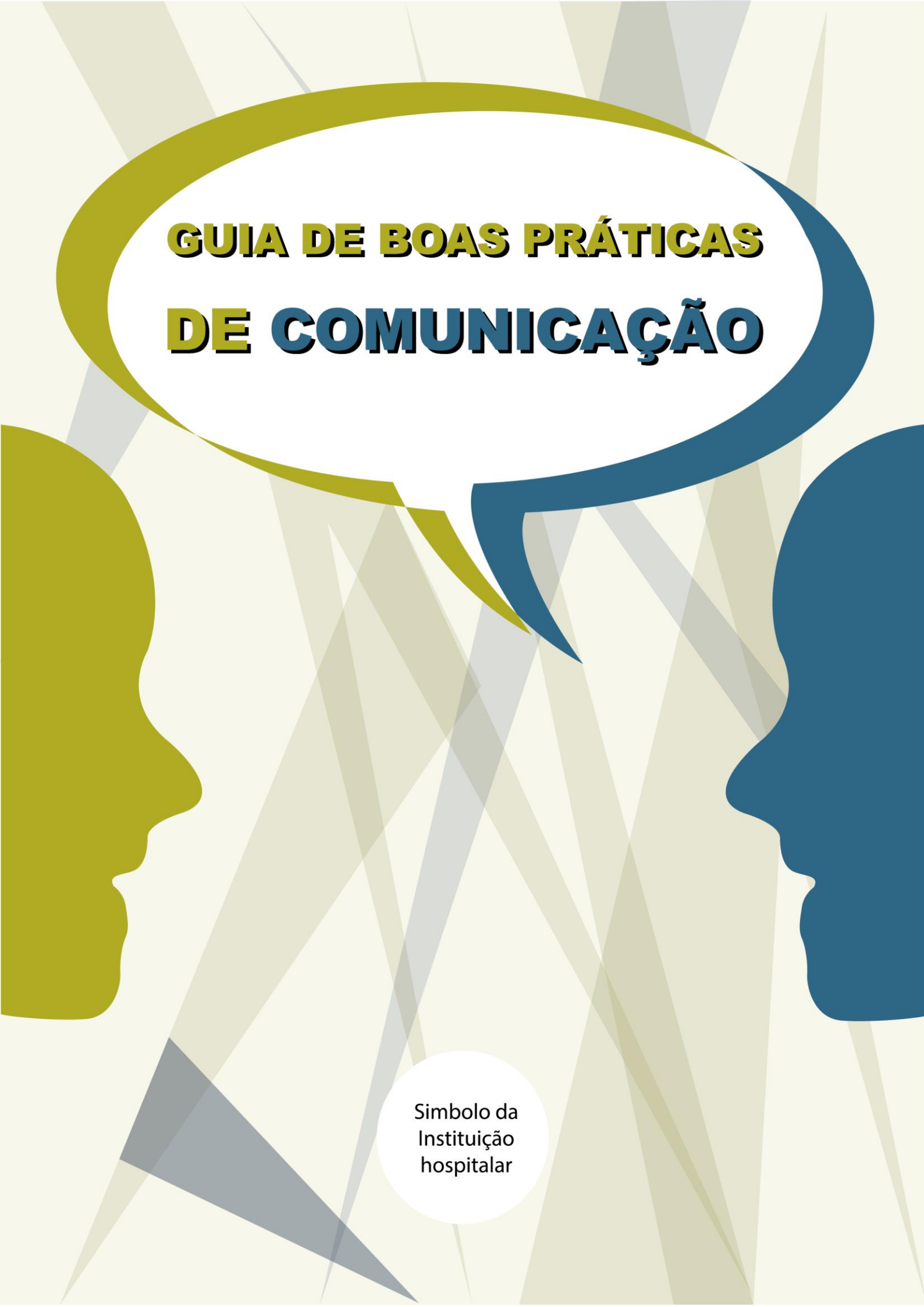
de comunicação enfermeiro-pessoa com doença oncológica em situação paliativa e seus familiares



Realizado por Dina Garcia no contexto do 6º Curso de Mestrado e Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, vertente Enfermagem Oncológica. Docente Orientador: Prof. Patrícia Alves.

Referências bibliográficas: Bach, S., & Grant, A. (2009). *Communication and Interpersonal Skills for Nurses*. United Kingdom: Learning Matters; Buckman, R. (2001). *Communication skills in palliative care: A practical guide*. *Neurologic Clinics*, 19(4), 989-1004; Clayton, M. F., Reblin, M., Carlisle, M., & Ellington, L. (2014). *Communication Behaviors and Patient and Caregiver Emotional Concerns: A Description of Home Hospice Communication*. *Oncology Nursing Forum*, 41(3), 311-321; Goldsmith, J., Ferrell, B., Wittenberg-Lyles, E., & Ragan, S. L. (2012). *Palliative Care Communication in Oncology Nursing*. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 17(2), 163-167; Heyse-Moore, L. (2009). *Speaking of Dying - A Practical Guide to Using Counseling Skills in Palliative Care*. London: Jessica Kingsley Publishers; Kozłowska, L., & Doboszynska, A. (2012). *Nurses' nonverbal methods of communicating with patients in the terminal phase*. *International Journal of Palliative Nursing*, 18(1), 40-46; McEwen, A., & Harris, G. (2010). *Communication: fundamental skills*. Em S. Kraszewski, & A. McEwen, *Communication Skills for Adult Nurses* (pp. 1-22). England: Bell and Bain; Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência; Querido, A., Salazar, H., & Neto, I. G. (2016). *Comunicação*. Em A. Barbosa, P. R. Pina, F. Tavares, & I. G. Neto, *Manual de Cuidados Paliativos* (3ª ed., pp. 815-832). Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; Silva, M. J., & Araújo, M. M. (2012). *Comunicação em Cuidados Paliativos*. Em R. T. Carvalho, & H. A. Parsons, *Manual de Cuidados Paliativos* (2ª ed., pp. 75-85). São Paulo: Academia Nacional de Cuidados Paliativos; Strang, S., Henoch, I., Danielson, E., Browall, M., & Melin-Johansson, C. (2014). *Communication about existential issues with patients close to death-nurses' reflections on content, process and meaning*. *Psycho-Oncology*, 23(5), 562-568; Tvycross, R. (2003). *Cuidados Paliativos* (2ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores; Wittenberg-Lyles, E., Goldsmith, J., Ferrell, B., & Ragan, S. L. (2012). *Communication in Palliative Nursing*. New York : Oxford University Press.

Apêndice XV: Guia de boas práticas de comunicação



GUIA DE BOAS PRÁTICAS DE COMUNICAÇÃO

Simbolo da
Instituição
hospitalar

Autora: Enfermeira Dina Garcia
Revisão: Professora Patrícia Alves
Enfermeira Sandra Neves
Designers: Rita Gonçalves
Ruben Bráz

Lisboa, 2017

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	3
1. IMPORTÂNCIA DA COMUNICAÇÃO ENFERMEIRO-PESSOA COM DOENÇA ONCOLÓGICA EM SITUAÇÃO PALIATIVA E SEUS FAMILIARES	4
2. ESTRATÉGIAS DE COMUNICAÇÃO.....	8
2.1 Estratégias de Comunicação Verbal	9
2.2 Estratégias de Comunicação Não-Verbal	14
2.3 Estratégias de Comunicação Para-Verbal.....	22
2.4 Situação exemplo	23
3. ACRÓNIMO DE COMUNICAÇÃO - <i>PRESENTE</i>.....	26
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	28
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	29

INTRODUÇÃO

O presente guia de boas práticas tem como foco de atenção a comunicação enfermeiro-pessoa com doença oncológica em situação paliativa e seus familiares. Pretende-se que o mesmo seja um documento de apoio aos enfermeiros na sua prática diária. Por conseguinte, o guia estrutura, organiza e integra evidência científica sobre a temática da comunicação, nomeadamente sobre que estratégias de comunicação verbal, não-verbal e para-verbal podem ser utilizadas perante a pessoa com doença oncológica em situação paliativa e seus familiares.

Apesar do manual focar os clientes referidos, é de salvaguardar que sendo a comunicação uma ferramenta terapêutica essencial à prática de Enfermagem, transversal a qualquer situação de cuidados, as referidas estratégias de comunicação podem ser utilizadas em qualquer contexto da prática.

O guia de boas práticas encontra-se estruturado em três capítulos. O primeiro capítulo diz respeito à importância da comunicação enfermeiro-pessoa/família, e atribui especial ênfase a três competências básicas de comunicação em cuidados paliativos: a empatia, a escuta ativa e o *feedback*. O segundo capítulo integra as estratégias de comunicação verbal, não-verbal e para-verbal, numa lógica de articulação teórico-prática. Este capítulo culmina com uma situação fictícia que exemplifica a operacionalização das estratégias. No terceiro e último capítulo são sistematizadas algumas das competências básicas e estratégias de comunicação sob a forma de um acrónimo: *PRESENTE*. Salientamos ainda que ao longo do guia de boas práticas, as competências e estratégias que integram o referido acrónimo apresentam um destaque gráfico (coloração azul e verde respetivamente). O manual termina com breves considerações finais.

Capítulo 1

**IMPORTÂNCIA DA COMUNICAÇÃO
ENFERMEIRO-PESSOA COM DOENÇA
ONCOLÓGICA EM SITUAÇÃO PALIATIVA
E SEUS FAMILIARES**

1. IMPORTÂNCIA DA COMUNICAÇÃO ENFERMEIRO-PESSOA COM DOENÇA ONCOLÓGICA EM SITUAÇÃO PALIATIVA E SEUS FAMILIARES

A evolução do panorama da oncologia tem colocado desafios crescentes aos sistemas de saúde e, dado assistirmos diariamente a um aumento significativo de novos casos de cancro, o cancro é uma doença do presente e do futuro ⁽¹⁾. No entanto, graças ao conhecimento disponível, é possível não só evitar e curar a doença oncológica, através da deteção precoce, diagnóstico e tratamento eficaz, mas também reduzir o sofrimento a ela associada através dos cuidados paliativos ⁽²⁾.

Mas o que são cuidados paliativos? Os cuidados paliativos são “cuidados ativos, coordenados e globais, prestados por unidades e equipas específicas, em internamento ou no domicílio, a doentes (...) em sofrimento decorrente de doença incurável ou grave, em fase avançada e progressiva, assim como às suas famílias, com o principal objetivo de promover o seu bem-estar e a sua qualidade de vida, através da prevenção e alívio do sofrimento físico, psicológico, social e espiritual, com base na identificação precoce e do tratamento rigoroso da dor e outros problemas físicos, mas também psicossociais e espirituais” ^(3, p.5119). Tem tomado corpo a evidência de que os cuidados paliativos são uma resposta adequada às necessidades das pessoas que, não se curando, têm sofrimento associado ⁽⁴⁾, razão pela qual os cuidados paliativos em Portugal têm evoluído de forma significativa, e tem existido um esforço para que os seus princípios sejam aplicados de forma a promover a dignidade e a qualidade de vida da pessoa/família ⁽⁵⁾. Faz assim sentido que a pessoa com doença oncológica em situação paliativa e os seus familiares sejam cuidados tendo por base uma filosofia de cuidados paliativos, em que a pessoa e a sua família¹, realidades indissociáveis, são a unidade recetora de cuidados ⁽⁷⁾. Quando na trajetória da doença oncológica a pessoa/família perde a expectativa de cura, compete ao enfermeiro ajudá-la a entender e aceitar a nova realidade - um cenário em que impera uma comunicação² eficaz que conforte e alivie o sofrimento nas suas diferentes dimensões ⁽⁹⁾.

Como se define uma comunicação eficaz? A comunicação é eficaz quando é transmitida e recebida a mensagem pretendida ⁽¹⁰⁾. Por outro lado, é uma intervenção de Enfermagem de qualidade se tiver como suporte uma relação terapêutica ⁽¹¹⁾. Nesta

¹ A família pode ser definida como uma “unidade social ou todo colectivo composto por pessoas ligadas através de consanguinidade, afinidade, relações emocionais ou legais sendo a unidade ou o todo considerados como um sistema que é maior do que a soma das partes” ^(6, p. 115).

² A comunicação “é relacionar-se, é transmitir o que se tem. É um processo multidirecional, multidimensional, complexo e dinâmico, onde as interações entre as pessoas são sempre diferentes, e que é composto pela partilha de informação, atitudes e emoções” ^(8, p. 46).

lógica, comunicar eficazmente revela-se importante para estabelecer um relacionamento interpessoal que facilite a adaptação da pessoa/família à situação clínica atual, reduzindo a incerteza, o medo e a ansiedade ⁽⁸⁾. Efetivamente, para que exista eficácia no processo de comunicação, este deve ser alvo de rigor, técnica e treino ⁽¹²⁾, de modo a que os enfermeiros possam realizar uma adequada avaliação dos sintomas físicos; preocupações psicossociais; respostas ao sofrimento, perda e tristeza; e o reconhecimento de preocupações éticas ou espirituais ⁽¹³⁾.

Em cuidados paliativos, a comunicação deve ser alicerçada em três competências básicas de comunicação: a empatia, a escuta ativa e o *feedback* ⁽¹²⁾. Estas competências permitem considerar a pessoa no seu todo, na sua individualidade e na particularidade da vivência e expressão do seu sofrimento. Além disso, permitem que os profissionais sintam que a sua intervenção, apesar de difícil, tem um cunho humanizado ⁽⁵⁾. A **Empatia** é “a capacidade de o profissional conseguir pôr-se na “pele” do outro, ver o mundo (...) com o olhar do outro, tentar ver o que ele vê, mas, com um aspeto extremamente importante, que é nunca perder a noção de que ele não é o outro” ^(5, p. 66). Neste sentido, o enfermeiro tem de ser capaz de estar próximo, de se colocar no lugar do outro, mas ter consciência que os problemas não são seus ⁽¹²⁾. Quando a pessoa/família faz declarações “pesadas” emocionalmente, compete ao enfermeiro oferecer uma resposta empática que promova a expressão e verbalização de experiências, pensamentos, preocupações e emoções ⁽¹⁴⁾, sendo necessário estar atento à perceção que têm sobre o que se está a passar, ao impacto que a doença está a provocar a nível emocional, físico e social, de forma a adequar a informação ao que querem saber, sem descurar a receção da mensagem ⁽⁸⁾. Não se pretende com uma resposta empática dizer à pessoa o que quer ouvir, nem obrigatoriamente estar-se de acordo com a mesma, no entanto, está implícita a aceitação, compreensão e respeito da sua vivência enquanto ser humano ⁽¹⁵⁾. **Uma resposta empática deve evitar as palavras “eu entendo exatamente o que está a sentir”, pois nunca poderemos**



entender completamente a experiência de outra pessoa. Podemos antes referir: “não estou no seu lugar, mas imagino que se sinta assustado, e por isso, estamos aqui para o ajudar”.

A **Escuta ativa**, enquanto competência básica de comunicação em cuidados paliativos, permite essencialmente demonstrar disponibilidade e interesse sobre o que é dito ⁽¹⁶⁾. O enfermeiro deve

reunir algumas características essenciais para escutar ativamente: estar focado na

interação, demonstrar interesse e disponibilidade e evitar julgamentos ⁽¹⁷⁾. **Quando o enfermeiro escuta ativamente, isto é, de forma atenta e reflexiva, acolhe o que o outro diz, não apenas no seu conteúdo, mas também na sua forma, revelando uma atitude de abertura e aceitação ao mundo do outro** ⁽¹⁸⁾. Neste contexto, escutar pressupõe que o enfermeiro identifique quais são as reais necessidades da pessoa/família, enquanto cala os seus próprios pensamentos e emoções ⁽¹⁹⁾, demonstrando uma atitude positiva que incentive a pessoa a falar sobre as suas preocupações e perspetiva individual ⁽²⁰⁾. Por conseguinte, a escuta ativa apresenta um contributo positivo na aceitação incondicional da individualidade de cada pessoa ⁽²¹⁾.

O ***feedback*** é uma competência básica de comunicação que permite perceber a intenção/reação da pessoa ao que é comunicado ⁽¹²⁾ e, como tal, o enfermeiro pode utilizar o *feedback* para determinar se foi eficaz na sua comunicação. Esta competência permite avaliar de que forma as mensagens são transmitidas, pois dependendo do impacto na pessoa/família, o enfermeiro poderá ter que mudar o seu modo de enviar a mensagem ou mudar o conteúdo da mesma ⁽²²⁾.

A sustentação e implementação na prática das competências básicas referidas, embora pareça subjetiva, é concretizável com a utilização de estratégias de comunicação ⁽¹⁶⁾. Efetivamente, os contextos de cuidados paliativos integram conversas do foro emocional e, a familiarização com estratégias de comunicação, é uma forma dos enfermeiros gerirem a angústia e a preocupação, pois permite-lhes “provocar” ou “responder” às emoções manifestadas pela pessoa/família ^(14,23). Os enfermeiros que utilizam estratégias de comunicação têm resultados mais positivos na prestação de cuidados do que aqueles que não as utilizam, que ficam limitados nos seus esforços para alcançar objetivos pessoais e profissionais ⁽²⁴⁾. A utilização de estratégias de comunicação pode ainda reduzir o stresse, promover o conforto e melhorar a qualidade de vida não só da pessoa/família, mas também dos enfermeiros ⁽²⁵⁾.

Neste entendimento, a utilização de estratégias de comunicação tem um impacto positivo na eficácia da comunicação e, por isso, a sua utilização de forma eficaz e apropriada permite responder ao sofrimento da pessoa que se encontra em cuidados paliativos ^(14,23). Enquanto conceito multidimensional, é importante que o enfermeiro percecione a comunicação nas suas formas verbal, não-verbal e para-verbal, que de modo intencional ou não, são formas específicas de comunicação associadas a diferentes estratégias de comunicação ^(12,21). As estratégias de comunicação verbal, não-verbal e para-verbal serão expostas numa lógica de articulação teórico-prática no capítulo seguinte.

Capítulo 2

ESTRATÉGIAS DE COMUNICAÇÃO

2. ESTRATÉGIAS DE COMUNICAÇÃO

2.1 Estratégias de Comunicação Verbal

A comunicação verbal possibilita compartilhar ideias, experiências e validar o significado simbólico da percepção sobre o assunto. Permite ainda confirmar aquilo que é expresso através da comunicação não-verbal, clarificando a pessoa/família quanto à informação transmitida ⁽²²⁾. Neste sentido, as palavras utilizadas durante a interação são determinantes para uma relação de confiança ⁽¹⁹⁾, porém, não podem ser encaradas como a única forma de transmitir e partilhar informação ⁽¹²⁾.

Em cuidados paliativos, destacam-se as seguintes estratégias de comunicação verbal: perguntas-abertas e fechadas; clarificação; validação; negociação; reformulação; confrontação e resumo.

Perguntas-abertas/fechadas

A realização de perguntas-abertas e perguntas-fechadas é, por si só, uma importante estratégia de comunicação verbal, dado que as informações obtidas são de extrema importância para a satisfação das necessidades da pessoa/família. As perguntas realizadas deverão manter características que promovam a reflexão de forma não diretiva, fomentando informações ricas acerca dos conteúdos e significados da situação ⁽¹⁵⁾.

As **perguntas-abertas permitem uma resposta que oferece a própria perspetiva, opinião e sentimentos**, logo, uma interação enfermeiro-pessoa/família que decorra sem perguntas-abertas, não permite perceber como esta realmente se sente e quais são as suas principais preocupações ⁽²⁶⁾.

No que se refere às **perguntas-fechadas, podem ser utilizadas para obter detalhes particulares ou explorar questões específicas**. Geralmente têm uma resposta limitada, muitas vezes de uma palavra, como sim

Exemplos:

- *Como se sente hoje?*
- *Como tem passado desde o nosso último encontro?*
- *O que é que a preocupa mais na sua situação?*
- *O que lhe causa maior sofrimento?*
- *Tem náuseas?*
- *Há quantos dias?*
- *Quantas vezes por dia?*

ou não. Habitualmente as perguntas-fechadas seguem-se às perguntas-abertas, e a combinação destes dois tipos de perguntas permite avaliar e compreender a perspetiva da pessoa/família ⁽²⁷⁾.

É indiscutível a importância da realização de perguntas-abertas e fechadas, porém, é importante que o enfermeiro tenha presente que não se pretende que o diálogo seja um interrogatório, em que se realizam mais perguntas do que as necessárias ⁽¹⁵⁾.

Clarificação

É importante ser honesto quando não se entende a mensagem que a pessoa está a transmitir ⁽²⁸⁾, e será através da clarificação que **declarações vagas ou pouco explícitas serão esclarecidas de forma simples e clara** ⁽¹⁸⁾.

Neste sentido, quando o enfermeiro clarifica o que é dito, permite que a pessoa identifique concretamente as perceções, sentimentos e experiências relacionadas com a sua situação, aspetos que vão possibilitar a definição de intervenções ajustadas às reais necessidades.

Se for utilizada uma pergunta para clarificar o que é dito, não se revela favorável que esta se inicie com *porquê*, pois pode exercer pressão para uma justificação; ser encarada em tom de crítica, e além disso, a pessoa pode não estar interessada em descobrir o *porquê*, estando simplesmente à procura de opções que a ajudem a lidar com a sua situação atual ⁽¹⁷⁾. Enquanto estratégia de comunicação verbal, a clarificação é “um remédio para a ambiguidade” ^(29, p. 119) e, visa ajudar a pessoa a perceber com maior clareza o seu problema ou as suas soluções, através de perguntas objetivas ou pedindo para reafirmar pelas suas próprias palavras.

Exemplos:

- *Importa-se de explicar o que quer dizer com...*
- *Pode repetir o que disse no sentido de perceber...*
- *Se bem percebo está me a dizer que...*
- *Peço desculpa, mas não tenho a certeza do que quis dizer com...*
- *Quando diz ... o que quer dizer concretamente?*

Validação

A validação **permite reconhecer a pessoa na sua globalidade, na medida em que, reconhece de forma válida a sua lógica, as suas emoções e os seus sentimentos** ⁽¹⁹⁾. Quando o enfermeiro utiliza esta

estratégia de comunicação verbal, proporciona à pessoa/família uma forte sensação de ser compreendida ou a oportunidade de o negar, havendo assim uma possibilidade de ajuste por parte do profissional ⁽¹⁵⁾.

A validação comporta essencialmente dois objetivos: a **normalização**, em que uma afirmação comparativa expressa que uma resposta emocional particular não é fora do comum; e a **legitimação** em que é expresso que uma resposta emocional a uma experiência é adequada e razoável ⁽³⁰⁾.

Exemplos:

- *É comum sentir-se triste num momento como este...*
- *É compreensível que se sintam...*
- *É natural que se sintam...*
- *É normal que estejam...*
- *É legítimo que estejam perante...*

Negociação

A negociação é uma estratégia de comunicação verbal que visa analisar todos os fatores envolvidos na situação, de modo a atingir consensos entre a equipa de cuidados e a pessoa/família. Perante ações ou procedimentos a realizar, a negociação permite incentivar à definição de objetivos e metas de cuidados a atingir, razão pela qual apresenta-se como uma estratégia de comunicação importante no processo de tomada de decisão ⁽¹⁸⁾.

Por conseguinte, a negociação está intimamente relacionada com uma tomada de decisão partilhada, pois ao negociarem possibilidades, os enfermeiros centram-se em **compreender informações e perspetivas que integrem valores da pessoa/família, legítimos para a tomada de decisão** ⁽³¹⁾. Neste sentido,

Exemplo:

A pessoa refere que está “cansada” de tomar a medicação oral, mas sabe que não pode deixar de tomar a medicação, caso contrário, os sintomas pioram. Num primeiro momento, começa-se por avaliar se a pessoa está receptiva a uma mudança. Se a resposta for afirmativa, esclarece-se que existem outras formas de administração de medicação igualmente eficazes (subcutânea e transdérmica), em que numa é necessário uma

durante a negociação, a pessoa/família sente que lhe é dado o controlo sobre a sua vida, pois negociar significa que existe um incentivo em participar de forma plena nos cuidados que serão prestados. Em vez de se concentrar no que não será feito, a negociação deve ter como foco o que será feito, identificando quais são os objetivos dos cuidados propostos ⁽¹¹⁾.

punção e na outra é aplicado um adesivo transdérmico. Por último é garantida a segurança e eficácia das terapêuticas. Questiona-se ainda a pessoa se considera esta alternativa viável ou se pondera outras possibilidades.

Reformulação

A reformulação é a estratégia de comunicação verbal que melhor operacionaliza a resposta empática, pois devolve à pessoa/família o que a mesma nos diz verbal e não-verbalmente ⁽¹⁵⁾. Esta estratégia implica escutar atentamente o que é dito, **reorganizar a frase nos nossos próprios termos e devolver o conteúdo da mensagem de forma clara e objetiva, sem palavras idênticas** ⁽¹⁹⁾. A reformulação permite que a pessoa perceção a sua situação, e entre em contacto com as causas, sentimentos e significados que lhe estão inerentes, promovendo uma sensação de segurança que vai incutir a aceitação de si mesma ⁽¹⁵⁾. Permite ainda que a pessoa perceba que o enfermeiro está atento e lhe proporciona abertura para que clarifique as suas afirmações. Quando o enfermeiro reformula o que é transmitido, pode refletir sobre opiniões ou factos comunicados, mas deve manter-se alinhado com o sentido atribuído pela pessoa/família, pois reformular não significa uma repetição de informação pelas nossas próprias palavras. Nesta lógica, a reformulação deve ter implícita a escolha dos termos, o tom da voz e o significado que atribuímos ao discurso, no sentido de nos mantermos na linha de pensamento da pessoa e situarmo-nos ao nível do que ela sente ⁽¹⁹⁾.

Exemplo:

Se a pessoa refere:

Não gosto de estar internado no hospital, preferia estar numa unidade de cuidados paliativos...

Ao reformular esta afirmação o enfermeiro questiona:

Está descontente com as condições que um internamento hospitalar lhe oferece e considera que o internamento numa unidade de cuidados paliativos seria melhor para si?

Confrontação

A confrontação permite que a pessoa/família perceba contradições, desconhecimentos ou incoerências. A utilização desta estratégia pressupõe uma demonstração prévia de compreensão e aceitação incondicional, de modo a que não seja interpretada como um juízo ou humilhação ⁽¹⁵⁾. Neste sentido, através de uma atitude positiva e construtiva, **a pessoa/família toma consciência do ilogismo e do irrealismo do que diz ou faz, ou ainda da distância que existe entre as suas palavras e as suas ações** ⁽¹⁹⁾. Através da confrontação, o enfermeiro consegue favorecer o contacto da pessoa com as suas emoções e o seu agir, orientando-a para a descoberta de si e das suas possibilidades.

Exemplos:

- *Disse-me que... e eu sinto que...*
- *Sorri... mas os seus olhos parecem-me tristes...*
- *Pretende que... mas parece-me que...*
- *Dizia-me que... mas escutando-o, parece-me que...*

Resumo

O resumo é um conjunto de reflexões que são reunidas e apresentadas à pessoa/família com o intuito de ajudar a organizar as suas experiências ⁽³²⁾. Quando o enfermeiro **apresenta pontos-chave da interação (principais tópicos/questões importantes discutidas) e elabora um plano de cuidados em função das necessidades e prioridades analisadas em parceria com a pessoa/família**, garante que existem medidas concretas para prevenir o sofrimento ⁽¹²⁾ e enfatiza a continuidade dos cuidados ⁽²⁸⁾. O resumo é também utilizado para fazer a transição entre a exploração de informações e a tomada de decisão, razão pela qual, pode terminar com uma pergunta que verifique a exatidão da informação obtida ⁽¹⁵⁾.

Exemplo:

Tendo em conta o nosso diálogo, parece-nos que a sua prioridade é voltar a trabalhar, mas para isso necessita que a sua dor esteja controlada. Como tal, iremos introduzir novos fármacos aos que já tomava habitualmente e nas próximas 24 horas reavaliaremos a sua dor. Nesse momento, se considerar que se sente confortável, ponderamos a possibilidade de regressar a casa. Em caso de agravamento da dor, pode sempre contactar-nos. Tem alguma dúvida ou outra sugestão?

2.2 Estratégias de Comunicação Não-Verbal

Ao representar toda a comunicação que não é transmitida através de palavras propriamente ditas, a comunicação não-verbal detém inúmeras vezes as mensagens mais importantes e corresponde entre 70 a 90% da comunicação ⁽³²⁾.

Esta perspetiva sugere que durante a prestação de cuidados grande parte da mensagem é transmitida à pessoa/família de forma não-verbal, pois embora não estejamos conscientes de o fazer desta forma, falamos mais através do corpo do que por meio de palavras, o que faz com que a comunicação não-verbal seja dinâmica e sofra alterações a cada instante ⁽¹⁷⁾. **Em cuidados paliativos, como estratégias de comunicação não-verbal determinantes para a eficácia da interação enfermeiro-pessoa/família, destacamos a expressão facial, o contacto visual, o toque, a proxémica, a postura corporal, o silêncio e a presença.**

Expressão facial

A expressão facial compõe-se a partir da combinação da posição das sobrancelhas, formato e posição dos olhos das narinas e da boca, em que cada uma delas pode transmitir diferentes emoções e sentimentos. O franzir das sobrancelhas, por exemplo, pode ser interpretado como sinal de preocupação, surpresa ou irritação ⁽¹²⁾. Existem sete expressões faciais universais: a alegria; o medo; a surpresa; a tristeza; a raiva; o nojo e o desprezo ⁽³³⁾.

A expressão facial pode em grande parte obedecer ao controlo da vontade, mas certas reações súbitas tais como a surpresa, o medo ou o nojo, transparecem involuntariamente, razão pela qual o enfermeiro não pode estar certo do sentido que tomam as suas palavras, se não for pela reação de quem o escuta ⁽¹⁹⁾.

Como tal, à semelhança da expressão facial, a expressão emocional é involuntária, e aparece quando não

Aspetos-chave:

Existem sete expressões faciais universais ⁽³³⁾:

Alegria:



Medo:



Surpresa:



queremos. Podemos tentar reprimi-la, mas isso nem sempre acontece na totalidade. Além disso, se conseguíssemos eliminar de vez as expressões emocionais sem deixar nenhum traço na face, voz ou corpo, teríamos de considerá-las tão duvidosas quanto as palavras que falamos ⁽³³⁾.

O controlo da expressão facial impõe-se perante situações difíceis ou junto de uma pessoa em grande sofrimento, pois consciente que a expressão facial permite alcançar um vínculo emocional, o enfermeiro deve expressar atenção e aceitação autênticas que permitam que a pessoa aprenda quem é, e se aceite como é ⁽¹¹⁾.

É desejável que o enfermeiro apresente uma expressão facial positiva congruente com a linguagem verbal, e transmita uma sensação de interesse genuíno, esperança e verdadeiro compromisso ⁽¹²⁾.

Tristeza:



Raiva:



Nojo:



Desprezo:



Contacto visual

O contacto visual é uma estratégia de comunicação não-verbal que a pessoa associa a atenção e a uma escuta interessada por parte dos profissionais ⁽¹²⁾. Efetivamente, “comunicar consiste em primeiro lugar em partilhar um olhar com a pessoa com a qual estamos em relação, em trocar com ela a expressão do sentido profundo que atribuímos mutuamente ao que é dito” ^(19, p. 35).

Nesta perspetiva, **o contacto visual, olhos nos olhos, se por um lado manifesta o interesse do enfermeiro em estar presente, por outro, permite à pessoa expressar o que sente, fazendo**

Aspetos-chave:

- *Manter o contacto visual (sem demasiada insistência) demonstra atenção*
- *Olhar de forma insistente pode ser intrusivo ou mesmo intimidatório*

com que se sinta interpelada e envolvida na interação. Por conseguinte, o olhar pode gerar confiança e revelar se a comunicação é honesta e autêntica. Através do olhar é possível que a pessoa sinta que o profissional está centrado em si, podendo desta forma expressar os seus sentimentos, significados e experiências ⁽¹⁵⁾.

A intensidade e duração do contacto visual tido como aceitável difere de cultura para cultura, mas na que nos domina (latina e mediterrânea) o contacto visual pode ocupar até 60-80% da interação. Se ocupar menos de 30% pode ser sinal de desinteresse ou timidez, se for superior a 80% poderá ser intimidatório ⁽¹²⁾. Neste entendimento, o enfermeiro deve manter o contacto visual, mas se a interação se tornar intensa ou emocionalmente carregada, é preferível desviar o olhar para quebrar o contacto visual, pois se não o fizer poderá ser interpretado como intrusivo ⁽²⁸⁾. Por outro lado, desviar o olhar pode demonstrar insegurança, constrangimento ou medo de se ser julgado como ineficaz ⁽¹⁹⁾.

- *Ter em atenção o significado do olhar perante diferentes culturas ⁽¹⁹⁾:*
 - *Ocidental* (honestidade, interesse e dinamismo)
 - *Asiática* (falta de respeito)
 - *Médio-Oriente* (suster o olhar para uma pessoa de outro género é um convite sexual)
- *O olhar deve ser desviado, por exemplo, quando a pessoa chora*

Toque

O toque é uma das estratégias de comunicação não-verbal que pode introduzir maior proximidade na interação, transmitindo à pessoa a ideia que o profissional está com ela e partilha o seu sofrimento ⁽¹²⁾. O toque é compreendido de diferentes modos de acordo com a cultura e, antes de utilizar o toque durante a interação, **o enfermeiro deverá atender aos aspetos culturais da pessoa**. Por conseguinte, é importante que o enfermeiro esteja informado das principais características culturais referentes ao toque, para não correr o risco de ser mal interpretado. Para isso, deve manter-se atento às

Aspetos-chave:

- *Na cultura ocidental aceita-se com maior naturalidade o toque nos membros superiores (ombro, braço, antebraço e mão)*

reações da pessoa, adequando o seu comportamento se necessário ⁽¹⁹⁾. Neste contexto, tocar o outro deve pressupor que o profissional se encontra sensível às suas reações. Se a pessoa é reconfortada, o profissional pode manter o toque, mas se pelo contrário a pessoa se sentir desconfortável (sentido como agressão ou dominância), o profissional deve suspender o toque ⁽²⁸⁾. Esta perspectiva sugere que **o enfermeiro comunica a sua atitude para com a pessoa/família através do toque, razão pela qual, o toque deve ser utilizado criteriosamente, pois quando é expresso de forma apropriada pode transmitir empatia de forma mais eloquente do que as palavras** ⁽²⁷⁾.

Tocar a pessoa durante a interação pode revelar-se útil para mostrar que está a ser escutada e, além disso, é essencial para a qualidade da existência pois oferece conforto, calor, vitalidade e segurança ⁽³⁴⁾. O toque pode também comunicar respeito, força, disponibilidade e uma atitude de igualdade e cooperação ⁽¹⁷⁾, pois ao constituir um meio importante de restabelecer a sensação de ligação com as outras pessoas e com o mundo em geral, o toque pode reduzir a sensação de isolamento ⁽²⁶⁾.

Outro aspeto fundamental do toque, determinante nas primeiras impressões entre o enfermeiro e a pessoa/família, diz respeito ao aperto de mão. Um aperto de mão no início da interação é uma forma útil e socialmente aceite de entrar em contato com a dimensão humana da pessoa ⁽¹⁷⁾. Por outro lado, perante familiares de uma pessoa que se encontre em fim de vida, dependendo do relacionamento do enfermeiro com a família, um abraço que conforta pode ser útil tanto para os familiares como para o enfermeiro, e é mais eficaz que expressões triviais como: “eu sei como se sente” ou “será melhor assim” ⁽³⁵⁾.

- *Respeitar as características culturais da pessoa que tocamos, observando a sua reação ao toque*
- *Ter em atenção a intensidade do toque (evitar um toque vigoroso ou sugestivo de “piedade”)*
- *O toque pode revelar respeito, força, disponibilidade, igualdade e cooperação*
- *O aperto de mão deve ser firme e com a mão aberta*

Proxémica (gestão da distância)

Numa interação terapêutica, a distância para comunicar difere consoante o carácter de intimidade que pretendemos estabelecer com a pessoa/família ⁽¹⁹⁾. **Para que o enfermeiro possa fazer uma gestão da distância adequada às circunstâncias da interação, há que conhecer previamente as relações de cada pessoa com o espaço.** Neste sentido, importa perceber que até 40 centímetros em torno da pessoa e tolerado em relação a pessoas com quem se tem uma relação de intimidade encontra-se o **espaço íntimo**. A distância que vai dos 40 centímetros a cerca de 1 metro, e que permite alguma proximidade sem invadir a intimidade, designa-se de **espaço interpessoal**. A relação enfermeiro-pessoa ocorre habitualmente no espaço interpessoal, se bem que em algumas circunstâncias e com o devido consentimento, se possa invadir o espaço íntimo ⁽¹²⁾. A distância correta para uma comunicação eficaz é difícil de definir e não existe uma regra de ouro, porém, o espaço interpessoal facilita o suporte emocional ou a relação de ajuda aquando de situações penosas de dor, perda ou fim de vida ⁽¹⁹⁾. No que se refere ao **espaço íntimo**, é preciso não esquecer que a pessoa pode ficar constrangida se existir a sua invasão, razão pela qual, é da competência do enfermeiro conseguir interpretar a expressão, as reações ou os movimentos de recuo, no intuito de ajustar a distância que a mantenha mais à vontade. A proxémica pode ser comprometida sempre que existam objetos que “afastam” o enfermeiro da pessoa/família. Para este efeito, devem ser retirados quaisquer objetos físicos que intercedam no fluxo na comunicação, como por exemplo uma mesa ou outros obstáculos que façam parte do contexto que envolve a interação ⁽²⁸⁾.

Aspetos-chave:

- *É importante conhecer previamente a relação da pessoa com o espaço, para que se possa adequar a distância da interação*
- *Habitualmente a interação ocorre no espaço interpessoal (40 cm a cerca de 1m)*
- *O espaço íntimo pode ser invadido, mas só com consentimento da pessoa*
- *Devem ser retirados objetos que intercedam no fluxo da comunicação*

Postura corporal

A postura corporal do enfermeiro é uma estratégia de comunicação não-verbal que denota a vontade em estar presente e escutar o outro. **Quando o enfermeiro vira a cara e o corpo na direção da pessoa/família, e faz uma ligeira inclinação do tronco para a frente, facilita a comunicação e transmite uma sensação de preocupação e vontade genuína em ajudar** ⁽¹²⁾. Por outro lado, revela que por um momento, a pessoa/família tornou-se o centro da sua atenção, pois a inclinação para o outro revela interesse e procura de intimidade ⁽¹⁹⁾. Quando o enfermeiro se senta junto da pessoa/família, ficando ao nível dos seus olhos, coloca-se em pé de igualdade, respeitando a sua vulnerabilidade e demonstrando tempo para que possa falar e ser escutada ⁽¹⁷⁾. Esta atitude por parte do enfermeiro vai minimizar as percepções de superioridade ou inferioridade, e deve ser utilizada sempre que existam discussões importantes ⁽²⁷⁾. O profissional deve também evitar cruzar os membros, a gesticulação excessiva com as mãos e movimentos repetitivos ⁽¹²⁾. Neste entendimento, uma **postura corporal eficaz, ameniza a sensação de dependência, devolve controlo e elimina a ideia que o profissional se encontra apressado e pouco concentrado na interação**. É desejável que o profissional se sinta de forma confortável, com os ombros relaxados e com os pés apoiados no chão. As mãos podem estar apoiadas sobre os joelhos. Esta posição neutra sugere que o profissional se encontra sem pressa, embora com frequência esteja a sentir o oposto ⁽²⁸⁾.

Aspetos-chave:

- *Virar a cara e o corpo na direção da pessoa*
- *Inclinar o tronco ligeiramente para a frente*
- *Sentar junto da pessoa, ficando ao nível dos seus olhos*
- *Evitar cruzar as pernas e os braços (sugere barreira, defesa e desinteresse) e gestos repetitivos (sugere distanciamento)*

Silêncio

Quando o enfermeiro se foca na compreensão do outro, o respeito pelo silêncio favorece a reflexão, permite um espaço de resposta e possibilita a partilha de momentos de troca de emoções e sentimentos. Neste sentido, o silêncio deve ser interpretado numa perspetiva que ultrapasse um momento de paragem do discurso, pois quando é integrado na interação, pode transmitir significados muito distintos que vão desde a compreensão à não-aceitação da pessoa/família ⁽¹⁹⁾.

É necessário que o enfermeiro tenha a capacidade de gerir os silêncios de forma adequada, porque se forem mal geridos, podem criar um vazio na relação ⁽⁵⁾.

Nesta lógica, durante a interação enfermeiro-pessoa/família é preciso evitar “abusar” do silêncio, porque momentos de pausa demasiado frequentes podem ser constrangedores ou conferir um carácter frio e diretivo. Se a pessoa não responde, ou demora a fazê-lo, se o enfermeiro considerar apropriado, pode ser necessário uma nova solicitação que a “traga de volta” ⁽¹⁷⁾. Por vezes o silêncio não é bem tolerado durante a interação, por parecer maior do que aquilo que realmente é, sendo vital que o enfermeiro reconheça que ao fazer perguntas complexas à pessoa/família, esta necessita de tempo para refletir sobre elas ⁽²⁷⁾. **Considerando que o silêncio é portador de sentido, o enfermeiro deve focar-se no seu significado, e ter presente que esta intervenção não tem um tempo definido, pois o tempo em que se deve manter o silêncio será sempre adequado à individualidade de cada pessoa e interação** ⁽³⁶⁾.

Aspetos-chave:

- *Observar os sinais não-verbais que ocorrem nos momentos de silêncio*
- *Respeitar o silêncio*
- *Evitar “abusar” do silêncio*
- *Saber “gerir” o silêncio, oferecendo tempo para que a pessoa possa refletir sobre o que vai dizer*

Presença

Uma presença consciente ou *mindful presence* por parte do enfermeiro implica que este se encontre envolvido no momento presente, sensível ao contexto, sem julgamento e com uma atitude empática. As formas de operacionalizar a presença são: parar outras atividades, escutar ativamente sem interromper, clarificar o que é dito e validar os sentimentos emergentes ⁽³⁷⁾. Nesta lógica, ***estar presente traduz-se numa prestação de cuidados ativa, em que o enfermeiro não é um mero espectador, mas antes um profissional que manifesta um desejo genuíno em ajudar a pessoa/família a construir um caminho que se inicia com angústia e incerteza, mas que pode terminar com serenidade. Perante a identificação de fontes de sofrimento para a pessoa/família, é através da sua presença que o enfermeiro a ajuda a aliviar o sofrimento, e para isso, é importante que desenvolva o seu auto conhecimento sobre a perda, o processo de morrer e a morte, examinando experiências que o possam ajudar a compreender os seus próprios medos e ansiedades relacionados com estas questões*** ⁽³⁵⁾. Neste entendimento, a presença é uma estratégia de comunicação não-verbal que assume grande significado perante a proximidade da morte, pois quando tudo está dito e feito, a presença do enfermeiro confirma que estará por perto até ao fim, manifestando apoio e o compromisso de que a pessoa/família não será abandonada.

Aspetos-chave:

- *Parar outras atividades*
- *Escutar ativamente*
- *“Estar lá”*
- *Compromisso do “não abandono”*

2.3 Estratégias de Comunicação Para-Verbal

A comunicação para-verbal ou paralinguagem “refere-se a qualquer som produzido pelo aparelho fonador e utilizado no processo de comunicação, ou seja, o modo como falamos” ^(16, p.77). Ao referir-se aos atributos que “vestem” as palavras, na comunicação para-verbal revela-se importante não o que é dito, mas sim o modo como é dito ⁽²⁷⁾. Podemos classificar a comunicação para-verbal nas seguintes estratégias: tom da voz, ritmo do discurso e segregados vocais ⁽¹²⁾:

No que diz respeito ao **Tom da voz**, se uma interação decorrer num tom monocórdico, dificilmente é transmitida segurança e interesse pela pessoa, o que vai perturbar o estabelecimento de um clima de confiança e empatia. Neste sentido, determinada entoação da voz pode dar ênfase ou conferir um sentido diferente do pretendido. Como tal, o tom de voz do enfermeiro pode ter um impacto na forma como a mensagem é recebida, apesar de tentar ser neutro ⁽²⁷⁾. Se existirem afirmações mais graves ou cujo impacto possa ser significativo, se forem proferidas em voz baixa e quase impercetível podem revelar desconforto, distanciamento e insegurança por parte do enfermeiro em relação à pessoa ⁽¹²⁾.

O **Ritmo do discurso** é outra estratégia de comunicação para-verbal que pode enfatizar o sentido das palavras ⁽²⁷⁾. Um ritmo do discurso demasiado rápido comunica nervosismo ou indica que o enfermeiro não tem tempo para despende junto da pessoa/família. Uma resposta apressada pode ser interpretada como uma falta de respeito. É preciso ter em conta estas limitações e abrandar o ritmo da palavra. Por conseguinte, revela-se importante manter um ritmo da palavra normal e descontraído, com um débito nem demasiado rápido nem demasiado lento, que se adapte às necessidades físicas e psicológicas de comunicação ⁽¹⁹⁾.

Os **Segregados vocais** correspondem aos fatores rítmicos que contribuem para o fluxo da fala, e incluem as pausas e interjeições vocais como: *hum, hum* ou *ah, ah...* Estas expressões servem de incentivo para que a pessoa continue a falar e para mostrar interesse e compreensão pelo que é dito. Se estas expressões forem acompanhadas por aceno afirmativo da cabeça, reforça-se ainda mais a ideia que se pretende clarificar e validar o que a pessoa está a dizer e a sentir ⁽¹²⁾.

2.4. Situação exemplo

Descrição da situação:

Antes de iniciar a interação, a enfermeira DG assegurou a privacidade, tentou eliminar eventuais fontes de ruído e pediu licença para entrar no quarto. Quando entrou no quarto, cumprimentou a pessoa pelo seu nome (Sra. X). Com um aperto de mão, apresentou-se, enunciando as suas funções no serviço:

Enfª: Bom dia Sra. X, o meu nome é DG, e sou a enfermeira que vai estar consigo hoje ao longo do turno.

Após o cumprimento, observou se a Sra. X se encontrava confortável e disponível para o diálogo, para que pudesse dar início à interação. Reunidas estas condições, sentou-se próximo da Sra. X (Proxémica**) com o tronco ligeiramente inclinado para a frente (**Postura corporal**). Com um sorriso genuíno (**Expressão facial**) e a olhar a Sra. X nos olhos (**Contacto visual**), perguntou-lhe de forma calma (**Ritmo do discurso**) e com um tom de voz suave (**Tom de voz**):**

*Enfª: Como se sente hoje Sra. X? (**Pergunta-aberta**)*

Sra. X: Sinto-me triste Sra. enfermeira, estou cansada de estar internada...

*Enfª: É natural que se sinta triste após tantos dias de internamento... (**Validação**) Mas consegue explicar-me melhor a que se deve essa tristeza? Relaciona-a só com o internamento ou também a outras coisas? (**Pergunta- aberta**)*

Sra. X: Esta tristeza é porque a minha dor, embora menos intensa, mantém-se. E por isso, não me sinto segura em ir para casa, e era algo que queria muito.

Aspetos-chave:

A comunicação deve ocorrer de forma sensível e paulatinamente, sendo necessário privilegiar um ambiente adequado, isto é, um ambiente calmo e com privacidade.

É importante ter em atenção a comunicação não-verbal da pessoa, pois informa sobre a disponibilidade para a interação.

Ao sentar-se junto da pessoa, a enfermeira demonstra tempo e disponibilidade, mas deve observar a sua reação perante a aproximação e ajustar a distância se necessário.

É útil começar a interação com perguntas-abertas sobre algo que cremos ser uma preocupação para a pessoa, isto é, o seu problema de saúde, a sua dor, entre outros aspetos. Desta forma, fazemos com que a pessoa se sinta compreendida pois é graças a este clima de envolvimento que se desenvolve a relação de confiança.

Após escutar ativamente o que é dito, a enfermeira DG responde com uma *atitude empática*:

Enfª: Não estou no seu lugar, mas imagino que seja extremamente importante para si regressar a casa... É com esse intuito que estamos a trabalhar. Hoje discutimos a sua situação em equipa, e ponderámos uma possibilidade de otimizar o controlo da sua dor. A nossa sugestão é rodar a via de administração da morfina, nomeadamente para via subcutânea. Se concordar poderíamos fazê-lo ainda hoje. Que me diz relativamente a essa possibilidade? (Negociação)

Sra. X: Enfermeira, desculpe, comprimidos eu tomo, mas injeções... estou muito mal para levar injeções de morfina? Conheço pessoas que após iniciarem injeções de morfina, morreram em poucos dias.

Enquanto a pessoa falava, a enfermeira referiu *hum... hum...* (*Segregados vocais*). Quando a pessoa terminou o seu discurso, a enfermeira tocou-lhe o ombro (*Toque*) e afirmou:

Enfª: Não tem de pedir desculpa Sra. X, mas se bem percebo, o que me está a dizer é que acredita que existe uma relação causa-efeito entre as injeções de morfina e a morte... é isso? (Reformulação)

Ocorreu um momento de pausa do discurso e ambas refletiram sobre o que foi dito (*Silêncio*)

Sra. X: Sim... na verdade tenho medo da morfina injetável...

Enfª: É normal que pense isso, porque efetivamente existem vários mitos relativamente à morfina. Porém, é importante desmitificarmos essa ideia, pois na dose adequada, a morfina aliviará a sua dor sem os efeitos

O uso da *escuta ativa* aliado a uma *atitude empática* reforçam a ideia de que, a enfermeira continua atenta e interessada no que a pessoa está a partilhar, incentivando assim a continuidade do discurso.

Quando a enfermeira toca o ombro da pessoa, manifesta a sua proximidade.

Quando a enfermeira respeita o silêncio, permite que a pessoa faça uma reflexão sobre o que foi referido e dá espaço para que a pessoa prossiga com o seu discurso.

de que tem medo. A Sra. X disse-me que pretende ir para casa, que é esse o seu maior desejo, mas parece-me que tem uma ideia preconcebida sobre a morfina, que poderá dificultar a otimização da sua dor. Estou certa no que digo? (Clarificação)

Sra. X: *Está certa sim, e de facto, o que eu mais quero é melhorar esta dor e ir para casa, mas achei importante partilhar consigo esta minha preocupação... Se me diz que a morfina aliviará esta maldita dor e não provocará a minha morte, então aceito morfina injetável...*

Enfª: *Ok, Sra. X, então recapitulando o que foi dito: vamos rodar a via de administração da morfina e perceber qual será o efeito que esta alteração tem no controlo da sua dor. Amanhã voltamos a reavaliar. Se conseguirmos ter a dor controlada desta forma, terá alta daqui a dois dias. É este o nosso plano. Que sugere? Concorda com ele? (Resumo)*

Sra. X: *Concordo sim Sra. Enfª. Obrigado.*

A Sra. X suspirou, e pestanejou lentamente os olhos...

Enfª: *Parece-me cansada Sra. X.*

Sra. X: *E estou Sra. Enfª. Estou a precisar de descansar.*

Enfª: *Compreendo Sra. X. Posso ajudá-la em mais alguma coisa ou neste momento o mais importante é que a deixe descansar? (Pergunta-fechada)*

Sra. X: *Não preciso de mais nada Sra. Enfª, obrigada.*

Enfª: *Então vou deixá-la descansar. Se precisar, de alguma coisa disponha... Não está sozinha, estamos consigo! Até já! (Presença)*

Quando a enfermeira clarifica o que é dito, permite que a pessoa identifique concretamente as perceções, sentimentos e experiências relacionadas com a sua situação.

No resumo, a enfermeira apresenta os pontos-chave da interação, elabora um plano de cuidados e define objetivos em função das necessidades e prioridades analisadas em parceria com a pessoa.

É importante que a enfermeira esteja atenta às mensagens não-verbais expressas pela pessoa, por forma a satisfazer as suas necessidades.

A presença do enfermeiro deve manifestar apoio e um compromisso de que a pessoa não será “abandonada”.

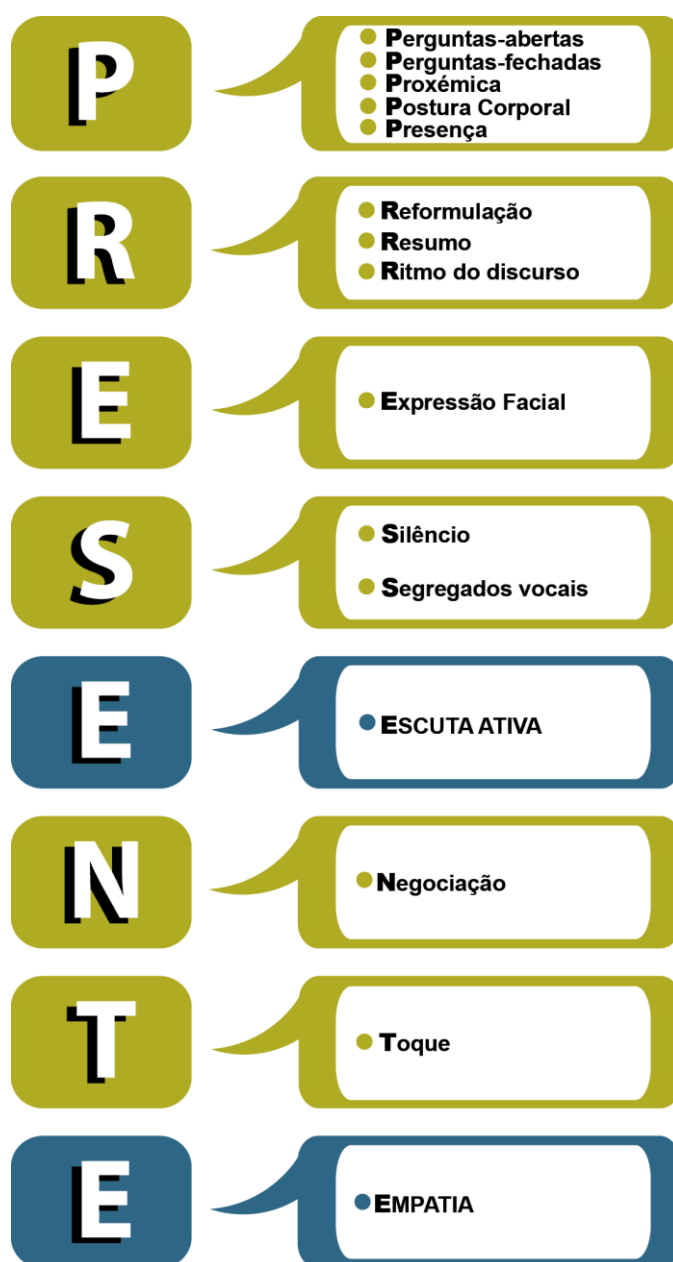
Capítulo 3

ACRÓNIMO DE COMUNICAÇÃO **“PRESENTE”**

3. ACRÓNIMO DE COMUNICAÇÃO - **PRESENTE**

Com o intuito de otimizar a operacionalização desta temática, propomos um acrónimo - **PRESENTE** - que facilite um “acesso imediato” a **competências básicas** e **estratégias de comunicação verbal, não-verbal e para-verbal**, imprescindíveis para a eficácia da comunicação enfermeiro-pessoa com doença oncológica em situação paliativa e seus familiares.

O acrónimo **PRESENTE** significa:



CONSIDERAÇÕES FINAIS

Consideramos que este guia de boas práticas de comunicação será um importante instrumento de trabalho para os enfermeiros na sua prática diária, pois sistematiza as estratégias de comunicação, e clarifica-as com exemplos da prática.

É de ressaltar que independentemente das estratégias adotadas durante a interação, deve ter-se em conta a individualidade da mesma, pois cada pessoa é única, assim como é única e particular a situação que está a vivenciar. Por conseguinte, é desejável que os profissionais utilizem as estratégias de comunicação com uma atitude genuína que demonstre um verdadeiro empenho em proporcionar ajuda e aliviar o sofrimento da pessoa/família.

Fazemos votos que este guia de boas práticas seja utilizado, discutido e adequado às necessidades dos enfermeiros que a ele recorram, e que o desenvolvimento do conhecimento e da *praxis* sobre comunicação conduzam à melhoria da qualidade dos cuidados prestados à pessoa com doença oncológica em situação paliativa e seus familiares.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Direção Geral da Saúde. (2014). Portugal - Doenças Oncológicas em números – 2014. Programa Nacional para as Doenças Oncológicas. Lisboa: Direção Geral da Saúde. Obtido em 27 de Junho de 2015, de www.dgs.pt/.../portugal-doencas-oncologicas-em-numeros-2014 ... · Ficheiro PDF
2. World Health Organization. (2016). *Programmes: Cancer*. Obtido em 3 de Janeiro de 2016, de <http://www.who.int/cancer/en/>
3. Lei n.º 52/2012 de 5 de Setembro. (2012). Lei de Bases dos Cuidados Paliativos. Diário da República, 1.ª série - N.º 172 (5119-5124). Obtido em 20 de Setembro de 2015, de <http://www.apcp.com.pt/uploads/leidebasesdoscp.pdf>
4. Neto, I. G., Marques, A. L., Gonçalves, E., Domingos, H., & Feio, M. (2014). A propósito da criação da Competência de Medicina Paliativa. *Cuidados Paliativos*, 1 (1), 13-16. Obtido em 10 de Agosto de 2015, de http://www.apcp.com.pt/uploads/revista_cp_vol_1_n_1.pdf
5. Pinto, A. C. (2014). A relação de ajuda nos cuidados paliativos: a abordagem humanista de Carl Rogers. *Cuidados Paliativos*, 1 (1), 62-69. Obtido em 10 de Agosto de 2015, de http://www.apcp.com.pt/uploads/revista_cp_vol_1_n_1.pdf
6. Conselho Internacional de Enfermeiros. (2011). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem - CIPE Versão 2*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
7. Neto, I. G. (2016). Cuidados Paliativos: Princípios e conceitos fundamentais. Em A. Barbosa, P. R. Pina, F. Tavares, & I. G. Neto, *Manual de Cuidados Paliativos* (pp. 1-22). Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
8. Silva, S. C., & Alvarenga, M. I. (2014). Informação e comunicação – um olhar ético. *Cuidados Paliativos*, 1(1), 45-51. Obtido em 10 de Agosto de 2015, de http://www.apcp.com.pt/uploads/revista_cp_vol_1_n_1.pdf
9. Maciel, M. G., Felipe, C. P., Frederico, M. F., Ykeda, M., & Soares, M. L. (2006). Modelo de intervenção em cuidados paliativos: a experiência do HSPE-SP. Em C. A. Pimenta, D. D. Mota, & D. A. Cruz, *Dor e Cuidados Paliativos - Enfermagem, Medicina e Psicologia* (pp. 384-408). São Paulo: Manole.
10. Fawole, O. A., Dy, S. M., Wilson, R. F., Lau, B. D., Martinez, K. A., Apostol, C. C., . . . Aslakson, R. A. (2012). A Systematic Review of Communication Quality Improvement Interventions for Patients with Advanced and Serious Illness. *Journal of General Internal Medicine*, 28(4), 570-577. DOI: 10.1007/s11606-012-2204-4
11. Bach, S., & Grant, A. (2009). *Communication and Interpersonal Skills for Nurses*. United Kingdom: Learning Matters.

12. Querido, A., Salazar, H., & Neto, I. G. (2016). Comunicação. Em A. Barbosa, P. R. Pina, F. Tavares, & I. G. Neto, *Manual de Cuidados Paliativos* (3ª ed., pp. 815-832). Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
13. Malloy, P., Virani, R., Kelly, K., & Munévar, C. (2010). Beyond Bad News-Communication Skills of Nurses. *Journal of Hospice and Palliative Nursing*, 12 (3), 166-174. **DOI:** 10.1097/NJH.0b013e3181d99fee
14. Clayton, M. F., Reblin, M., Carlisle, M., & Ellington, L. (2014). Communication Behaviors and Patient and Caregiver Emotional Concerns: A Description of Home Hospice Communication. *Oncology Nursing Forum*, 41 (3), 311-321.
DOI: 10.1188/14.ONF.311-321
15. Bermejo, J. C. (2011). *Introducción al counselling (relación de ayuda)*. Maliaño: Sal Terrae.
16. Silva, M. J., & Araújo, M. M. (2012). Comunicação em Cuidados Paliativos. Em R. T. Carvalho, & H. A. Parsons, *Manual de Cuidados Paliativos* (2ª ed., pp. 75-85). São Paulo: Academia Nacional de Cuidados Paliativos.
17. Heyse-Moore, L. (2009). *Speaking of Dying - A Practical Guide to Using Counselling Skills in Palliative Care*. London: Jessica Kingsley Publishers.
18. Moore, P. M., Mercado, S. R., Artigues, M. G., & Lawrie, T. A. (2015). Communication skills training for healthcare professionals working with people who have cancer (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*. **DOI:**10.1002/14651858
19. Phaneuf, M. (2005). Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação. Loures: Lusociência.
20. Strang, S., Hensch, I., Danielson, E., Browall, M., & Melin-Johansson, C. (2014). Communication about existential issues with patients close to death-nurses' reflections on content, process and meaning. *Psycho-Oncology*, 23 (5), 562-568.
DOI:10.1002/pon.3456
21. Kozłowska, L., & Doboszynska, A. (2012). Nurses' nonverbal methods of communicating with patients in the terminal phase. *International journal of Palliative Nursing*, 18 (1), 40-46. **DOI:** 10.12968/ijpn.2012.18.1.40
22. Broca, P. V., & Ferreira, M. A. (2012). Equipe de enfermagem e comunicação: contribuições para o cuidado de enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 65 (1), 97-103. **DOI:**org/10.1590/S0034-71672012000100014
23. O'Hagan, S., Manias, E., Elder, C., Pill, J., Woodward-Kron, R., McNamara, T., . . . McColl, G. (2013). What counts as effective communication in nursing? Evidence from nurse educators' and clinicians' feedback on nurse interactions with simulated patients. *Journal of Advanced Nursing*, 70 (6), 1344-1356. **DOI:**10.1111/jan.12296

24. Schuster, P. M., & Nykolyn, L. (2010). *Communication for nurses : how to prevent harmful events and promote patient safety*. Philadelphia: F.A. Davis Company.
25. Vertino, K. A. (2014). Effective Interpersonal Communication: A Pratical Guide to Improve Your Life. *The Online Journal of Issues in Nursing*, 19 (3). DOI:10.3912/OJIN.Vol19No03Man01
26. Twycross, R. (2003). *Cuidados Paliativos* (2ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
27. McEwen, A., & Harris, G. (2010). Communication: fundamental skills. Em S. Kraszewski, & A. McEwen, *Communication Skills for Adult Nurses* (pp. 1-22). England: Bell and Bain.
28. Buckman, R. (2001). Communication skills in palliative care: A practical guide. *Neurologic Clinics*, 19 (4), 989-1004. DOI: org/10.1016/S0733-8619(05)70057-8
29. Lazure, H. (1994). *Viver a Relação de Ajuda - Abordagem teórica e prática de um critério de competência da enfermeira*. Lisboa: Lusodidacta.
30. Brown, R., & Bylund, C. (2010). Theoretical models of communication skill training. Em D. W. Kissane, B. D. Bultz, P. N. Butow, & I. G. Finlay, *Handbook of Communication in Oncology and Palliative Care* (pp. 27-40). New York: Oxford University Press.
31. McCormack, B., & McCance, T. (2010). *Person-Centred Nursing - Theory and Practice*. Oxford: John Wiley & Sons.
32. Pollak, K. I., Childers, J. W., & Arnold, R. M. (2011). Applying Motivational Interviewing Techniques to Palliative Care Communication. *Journal of Palliative Medicine* (14) 5, 587-592. DOI:10.1089/jpm.2010.0495
33. Ekman, P. (2011). *A linguagem das emoções: Revolucione sua comunicação e seus relacionamentos reconhecendo todas as expressões das pessoas ao redor*. São Paulo: Lua de Papel.
34. Mariano, C. (2010). Holistic Integrative Therapies in Palliative Care. Em M. Matzo, & D. W. Sherman, *Palliative Care Nursing: Quality Care to the End of Life* (pp. 39-64). New York: Springer Publishing Company.
35. Perrin, K. O. (2010). Communication with Seriously ill and Dying Patients, Their Families, and Their Health Care Providers. Em M. Matzo, & D. W. Sherman, *Palliative Care Nursing: Quality Care to the End of Life* (pp. 169-186). New York: Springer Publishing Company.
36. Wittenberg-Lyles, E., Goldsmith, J., Ferrel, B., & Ragan, S. L. (2012). *Communication in Palliative Nursing*. New York: Oxford University Press.
37. Goldsmith, J., Ferrell, B., Wittenberg-Lyles, E., & Ragan, S. L. (2012). Palliative Care Communication in Oncology Nursing. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 17 (2), 163-167. DOI: 10.1188/13.CJON.163-167

Apêndice XVI: Reflexão - “Acrónimo de comunicação *PRESENTE*:
ferramenta útil na prestação de cuidados”

REFLEXÃO - “ACRÓNIMO DE COMUNICAÇÃO PRESENTE: FERRAMENTA ÚTIL NA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS”

A presente reflexão pretende demonstrar a aplicação prática de competências básicas e estratégias de comunicação verbal, não-verbal e para-verbal durante uma interação com a pessoa com doença oncológica em situação paliativa (Sra. A). Esta interação ocorreu entre mim (Enf^a) e um dos enfermeiros-chave (Enf^o-chave), sem a presença de familiares.

Tendo em conta que a Sra. A tinha sido internada por descontrolo da dor, salvaguardámos que não apresentava dor no momento da interação, pois caso contrário, seria difícil estabelecer uma comunicação eficaz. Começámos a interação cumprimentando com um aperto de mão, sentados numa cadeira junto à cama, com os braços e pernas descruzados e uma ligeira inclinação do tronco na direção da Sra. A.

O Enf^o-chave começou por referir:

Enf^o- chave: *Onde localiza a sua dor? De 0 a 10 como classifica a sua dor? Consegue identificar fatores de alívio? E de agravamento?*

Sra. A: *Quando fui internada, a dor estava muito descontrolada. Aliás, não era só a dor, era tudo junto... De qualquer forma, agradeço a vossa preocupação Srs. enfermeiros, mas neste momento, a dor não é um problema para mim... Mas sabe, hoje sinto-me mais ansiosa...*

Quando referiu esta informação, acenei afirmativamente com a cabeça, e utilizei segregados vocais como: hum, hum... Ao mesmo tempo, apercebi-me de um certo constrangimento por parte do Enf^o-chave: desvio do olhar, hesitante na fala, movimentos repetitivos das mãos...

Enf^o-chave: *O que é que o médico lhe disse sobre a sua situação? Que informação tem dos exames/análises?*

Sra. A: *Ainda não sei de nada...*

Senti que estas perguntas tinham quebrado o fluxo da comunicação, e por isso, enfatizando a sua ansiedade, utilizei as seguintes perguntas-abertas:

Enf^a : *Percebemos que a ansiedade é algo que a desconforta, e gostaríamos de ajudá-la nesse sentido. Consegue-nos explicar a que atribui a sua ansiedade?*

Sra. A: *Esta ansiedade está relacionada com uma decisão muito importante para mim: realizar mais um tratamento de quimioterapia. Queria muito fazer mais um tratamento, mas tenho receio de não estar em condições para o fazer. Estou internada para isso, com esse objetivo, sinto que tenho de fazer alguma coisa por mim.*

Enf^o-chave: *Vamos pensar nessa possibilidade, mas com os pezinhos bem assentes na terra...*

Ocorreu um momento de silêncio, e a Sra. A, de olhos postos na cama, nada mais referiu. Senti que estas palavras tiveram um impacto negativo junto da mesma, e que por esta razão, a interação “caiu no vazio”. Por forma a “quebrar o gelo” e demonstrar a nossa presença, referi:

Enf^a: *É importante que saiba que não está sozinha, estamos aqui do seu lado independentemente da sua decisão... Mas quando nos fala em realizar um tratamento de quimioterapia, que expectativas tem com o tratamento? Quando pensa no tratamento que benefícios vê nele? Vê por exemplo o alívio de algum sintoma?*

Sra. A: *Sinceramente não sei... tenho essa ideia... é esse o meu desejo... mas na verdade, estou aqui à espera “dela” e não era isso que eu queria. Será que aguento? Ficarei um pouco melhor? Ou será que vou piorar? Tenho dúvidas...*

Perante este discurso da Sra. A, privilegiei a escuta relativamente à fala, utilizei segregados vocais, e observei determinados sinais não-verbais na sua expressão facial, olhar, posicionamento do corpo...foi notória a sua expressão de desalento quando proferiu estas palavras e por isso lhe referi:

Enf^a: *Humm... Ok, compreendemos que seja importante para si a realização do tratamento de quimioterapia, mas isso, parece-nos ser o seu objetivo final. Consideramos que poderia ser útil pensarmos em alguns objetivos a curto-prazo, pois ao atingi-los teríamos uma sensação de conquista. Que nos diz a esta possibilidade?*

Sra. A: *Concordo, talvez tenha razão... Mas enfermeira, de uma coisa tenho a certeza, quero morrer no hospital, não quero morrer em casa, não me sinto segura com a minha família a cuidar de mim ou outras pessoas que não conheço. Sei que aqui tenho vocês, lá não... A vossa presença faz-me bem, conforta-me...*

Enquanto proferia estas palavras, toquei-lhe suavemente a mão...

Enf^a: *Que bom que sim Sra. A... Ficamos muito agradados com essa apreciação... Mas retomando o que nos disse... foi importante ter partilhado connosco o local onde pretende morrer, para que a possamos ajudar nesse sentido... mas quando nos fala em morte, algo mais a preocupa? Quer partilhar connosco o que sente relativamente à morte?*

Enquanto as lágrimas lhe caíam dos olhos...aproximou-se, invadiu o nosso espaço íntimo e ao olhar-nos fixamente nos olhos disse:

Sra. A: *Eu sei que vou morrer... e o meu maior desgosto é que não vou ver a minha neta crescer, não vou ajudar a criá-la, nem vou poder ensiná-la a ler e a escrever. Queria tanto ensiná-la a ler e a escrever... Isso é que me deixa uma grande angústia.*

Enf^a: *Imagino que deva ser muito angustiante para si toda esta situação Sra. A, mas como lhe disse, terá todo o nosso apoio nesta fase da sua vida, e esperamos proporcionar-lhe o máximo de conforto e qualidade de vida. E pense... assim como ensinou o seu filho a ler e a escrever, ele também o fará com a sua neta...*

Sra. A: *Pensar nisso, é o que me vai confortando... Sabem, fez-me bem chorar Srs. enfermeiros, sinto-me mais aliviada... ainda não tinha chorado desde que fui*

internada. Tento-me fazer de forte ao pé do meu marido e do meu filho. Não quero que eles sofram ainda mais. Obrigado por tudo, são os meus enfermeiros preferidos...

Esboça um sorriso quando refere que somos os seus enfermeiros preferidos, e nós fizemo-lo também. Despedimo-nos referindo:

Enf^a e Enf^o-chave: Disponha Sra. A, sempre que precisar de nós estamos disponíveis para si. Agradecemos a confiança depositada em nós. Até já!

Com o intuito de demonstrar a sua operacionalização na prática, a análise desta interação terá por base o acrónimo proposto durante o estágio (*PRESENTE*).

*P*RESENTE

*P*erguntas-fechadas/*P*erguntas-abertas/*P*resença/*P*roxémica/*P*ostura corporal

Embora atualmente a Sra. A tivesse a sua dor controlada, refere que não foi uma tarefa fácil, pois “*não era só a dor, era tudo junto*”. Esta afirmação traduzia o conceito de dor total, e fez-me refletir sobre o seu sofrimento, não só físico, mas também psicológico e espiritual. Diante estas palavras da Sra. A passei a reconhecer o quanto é importante avaliarmos o contexto psicoespiritual da pessoa, pois este pode apresentar fatores internos que exacerbam a experiência de dor, nomeadamente sentimentos de depressão, fadiga, incerteza, perda de controlo, ansiedade, medo e solidão (Kolcaba, 2003). Como tal, pude verificar no decorrer da interação que determinados fatores internos exacerbam a perceção da dor, mas podem ser moderados a um maior ou menor grau através da comunicação (Kreps, 2012). Por conseguinte, o controlo adequado da dor teve subjacente a análise da comunicação verbal, não-verbal e para-verbal da experiência de dor, de modo a compreender as suas causas, intensidade e estratégias de intervenção.

No que diz respeito às perguntas-fechadas utilizadas pelo Enf^o-chave, considero que as mesmas condicionaram a exploração de um outro sintoma que a Sra. A estava a referir: a ansiedade. Antes de desenvolver competências de comunicação, também utilizava com frequência perguntas-fechadas procurando respostas curtas e concretas. Não descurando a sua importância durante a interação, considero que perante questões do foro emocional, estas perguntas revelam-se demasiado “superficiais”, e daí a importância de ter realizado perguntas-abertas com o intuito de explorar o que motivava a ansiedade; se existia uma relação causa-efeito (ansiedade-dor); o impacto e o desconforto que esta situação lhe causava, entre outros aspetos.

Destaco um estudo realizado por Araújo & Silva (2012). Estas autoras investigaram o conhecimento e a utilização de estratégias de comunicação perante a dimensão emocional da pessoa em situação paliativa. Através de uma abordagem quantitativa (por meio da aplicação de um questionário), os profissionais revelaram pouco conhecimento e utilização insatisfatória das estratégias de comunicação perante a dimensão emocional da pessoa em situação paliativa. Corroborando a evidência científica, foi expectável o constrangimento que o Enf^o-chave apresentou (desvio do olhar, hesitante na fala, movimentos repetitivos das mãos...) quando a Sra. A referiu sentir-se mais ansiosa.

Perante este constrangimento, foi importante salientar a ideia de que, mais do que ter respostas para todas as dúvidas ou uma solução para todos os problemas, o que a Sra. A necessitava era que estivéssemos plenamente presentes, e por isso referi: *“não está sozinha, estamos aqui do seu lado...”*, mobilizando a presença enquanto estratégia de comunicação não-verbal. A utilização das perguntas-abertas posicionou a Sra. A no centro dos cuidados e foi ao encontro do que nos parecia ser a sua principal preocupação naquele momento (a realização ou não de mais um tratamento de quimioterapia), dado que, tentar compreender os pontos comuns aos quais a pessoa se refere ou repete com certa frequência, pode oferecer indícios para a identificação das suas preocupações (Araújo & Silva, 2012).

Num ambiente de interdisciplinaridade, esta preocupação da Sra. A mereceu uma análise cuidada para que pudesse ser avaliado de forma realista o *que poderia* e o que *não poderia* ser alcançado com determinada decisão. Para este efeito, face ao pedido da Sra. A, foram colocadas em equipa as seguintes questões:

Quais os riscos envolvidos com a realização do tratamento? Estes riscos podem ser eliminados ou minimizados? Que benefícios poderão ser obtidos com o mesmo? Qual o período de tempo disponível para tomar a decisão? Por não termos respostas exatas para estas questões, a realização do tratamento ficou dependente de uma avaliação sistemática e global da sua situação.

Ressalvo que a interação ocorreu connosco sentados numa cadeira junto à cama, com uma ligeira inclinação do tronco na direção da Sra. A, com os braços e pernas descruzados, privilegiando a postura corporal enquanto estratégia de comunicação não-verbal. Descurava esta estratégia antes de desenvolver competências de comunicação, mas de facto, uma interação só será bem-sucedida, se o profissional não tiver uma posição de superioridade (Buckman, 2001). Além disso, pressionada pelo tempo e pelas rotinas a cumprir, muitas vezes interagia na entrada do quarto, sem manter uma distância favorável para a interação. Desenvolvida a utilização desta estratégia, o uso da distância

peçoal durante a interação, permitiu estabelecer proximidade sem ser demasiado invasiva, e isso transmitiu uma mensagem de disponibilidade e interesse, cruciais para o estabelecimento de um vínculo empático. Neste entendimento, a postura corporal e a proxémica foram estratégias de comunicação não-verbal, que pela sua eficácia, foram utilizadas de forma sistemática não só nesta, mas em todas as interações.

*P***R**ESENTE

Reformulação/**R**itmo do discurso/**R**esumo

Quando a Sra. A manifestou vontade em fazer o tratamento de quimioterapia, foi interessante perceber a forma como o Enf^o-chave geriu este pedido. Ao refletir com ele sobre as palavras que havia proferido, foi mútua a sensação de que este discurso não tinha demonstrado uma atenção plena por aquilo que a Sra. A estava a dizer, mas mais importante ainda, por aquilo que estava a sentir. Por esta razão, houve necessidade de reformular o discurso da Sra. A, ecoando a mensagem que nos tinha transmitido, num discurso construtivo e positivo. Ao reformular o que tinha dito, demonstrei compreensão e atenção, e percebi que tinha conseguido aceder com maior “intimidade” aos seus desejos e preocupações, estimulando a sua vontade em aprofundar o assunto. Denote-se que perante a astenia marcada da Sra. A, as questões levantadas relativamente às suas expectativas com o tratamento, ocorreram de forma pausada e perfeitamente adaptadas à capacidade de resposta para cada uma delas. Esta atitude integrou uma outra estratégia de comunicação, neste caso para-verbal, o ritmo do discurso.

Recorrendo ao resumo, foi possível identificar os pontos-chave expostos durante a interação, e definir os objetivos e plano de intervenção. O resumo era uma estratégia de comunicação verbal que pouco valorizava, e que passei a perceber o quão útil é perante o cumprimento de objetivos e a continuidade dos cuidados.

*PR***E**SENTE

Expressão facial

Considero que a expressão facial encontra-se intimamente relacionada com a expressão de emoções, e por isso, ao utilizar esta estratégia com eficácia, consegui contrariar um fâcies de tristeza que muitas vezes apresentava perante uma pessoa em sofrimento. Contudo, não foi fácil a utilização desta estratégia de comunicação de forma eficaz, pois à semelhança da expressão facial, a expressão emocional é involuntária, e

surge mesmo quando não queremos. Podemos tentar reprimi-la, mas isso nem sempre acontece na totalidade. Além disso, se conseguíssemos eliminar de vez as expressões emocionais sem deixar nenhum traço na face, voz ou corpo, teríamos de considerá-las tão duvidosas quanto as palavras que falamos (Ekman, 2011). Nesta perspectiva, consciente da importância da comunicação não-verbal, e dada a espontaneidade que a caracteriza, “controlei” a minha expressão facial durante a interação, pois “sempre que possível, é desejável que os profissionais limitem as expressões faciais às mais positivas” (Querido, Salazar, & Neto, 2016, p. 821), apercebendo-me do “esforço” que o Enfº-chave também fez neste sentido. Revelou-se assim importante a utilização da expressão facial de forma focada, atenta, demonstrando congruência e aceitação perante o discurso da Sra. A, dado que, sem esse propósito, poderia estar a “espelhar” emoções negativas que pouco contribuem para a eficácia da comunicação.

O uso do sorriso e do humor, algo que julgava ser ofensivo perante uma pessoa em sofrimento, também fez parte da interação. De facto, contrariamente às alegações de que o humor ignora a gravidade da situação, o seu uso pode ajudar a pessoa a encontrar uma maneira de ajustar, resolver ou lidar com problemas graves com o mínimo de *stress* (Nyatanga, 2014). Segundo o mesmo autor o uso apropriado do humor pode ser terapêutico e construir relacionamentos fortes que restauram um senso de humanidade de uma pessoa em situação paliativa, e por isso, o humor pode ter um lugar em cuidados paliativos, apesar da panóplia de estados negativos como a dor, o sofrimento, o processo de morrer e a morte.

PRESENTE

Silêncio/Segregados vocais

Após a interação, em sede de reflexão, o Enfº-chave referiu-me que observou a forma como utilizei o silêncio e os segregados vocais com a devida eficácia, tendo verificado os resultados que estas estratégias de comunicação não-verbal permitiram alcançar. Estes resultados prendem-se com o facto de serem proporcionados meios para que a pessoa se auto-organize, uma vez que, a maneira de ajudarmos a Sra. A a gerir o seu sofrimento, não passou por substituí-la nas suas decisões ou no “caminho” escolhido, mas antes, colocando ao seu alcance a possibilidade de descobrir dentro de si a resposta ou a solução que naquele momento lhe convém mais, e a mais coerente com o seu estar existencial (Pinto, 2014). Saliento que ao utilizar o silêncio como estratégia de comunicação não-verbal, “ganhei” tempo para me questionar: *porque me está a*

comunicar isto desta forma? O que está a sentir? Que necessidades tem (não satisfeitas) para que o esteja a fazer? De que forma a poderei ajudar?

Presume-se assim que, quando a Sra. A manifestou a sua preocupação em realizar ou não o tratamento de quimioterapia, não nos estava a pedir uma opinião, estava antes a expor os seus pensamentos e apenas queria falar e ser escutada.

PRESENTE

Escuta ativa

Escutar ativamente, foi uma das competências de comunicação que fui desenvolvendo ao longo dos estágios. Considero que sempre fui uma boa ouvinte, mas de facto, ouvir não é sinónimo de escutar. Ao escutar de forma eficaz a Sra. A, pude apreender quais as informações e emoções emergentes, uma competência que evidenciou um compromisso de tempo e interesse em explorar o seu mundo e a forma como estava a vivenciar a sua situação. A utilização desta competência de comunicação permitiu ainda que a Sra. A se envolvesse na interação, dando maior continuidade ao seu discurso. Considero que ao ser escutada de forma ativa, a interação atingiu um outro nível. Este nível a que me refiro, não foi mais do que a partilha da sua opinião e sentimentos perante o sucesso/insucesso dos tratamentos, a progressão da doença ou mesmo o seu processo de morrer e a morte. Apercebi-me no entanto, que a morte, inicialmente designada por “dela”, era algo que a Sra. A queria partilhar, mas não num primeiro momento da interação, tendo sido respeitada esta vontade, e na realidade, pouco depois, falou abertamente sobre a sua morte. Na perspetiva de Rodrigues & Zago (2006) o enfermeiro deve estar atento ao facto da pessoa não querer saber ou falar sobre a sua finitude. Deve respeitar o seu tempo e a sua vontade, pois a própria pessoa dará “dicas” do momento apropriado para ele falar, perguntar, pedir ou escutar. A eficácia da escuta ativa caracterizou-se também por evitar respostas banais, um hábito que tive dificuldade em quebrar, mas que adquiri à medida que fui desenvolvendo esta competência de comunicação. Como tal, expressões que algumas vezes mencionava: *esqueça isso agora; isso não é importante; não pense nisso; não se preocupe; depois falamos sobre esse assunto com mais tempo...* não foram uma realidade durante a interação.

A Sra. A apresentava um misto de certezas/incertezas perante a realização do tratamento, mas acima de tudo, queria dar cumprimento ao seu objetivo. Por esta razão, o seu discurso traduzia coragem e determinação, mas também algum grau de incerteza. Querido (2012, p. 1) refere que a incerteza é um “pré-requisito da esperança, assumida

como algo de bom que vai acontecer”. Saliento que a cada visita do médico oncologista, o tratamento era protelado, sendo definido um novo dia para reavaliação do seu estado clínico e eventual agendamento do tratamento. Como sabemos, quem determina e prescreve o tratamento é o médico, mas não deixámos de ter uma voz ativa, pois o enfermeiro “tem o compromisso de discutir com o médico a conduta que, eventualmente, não ofereça benefício para o paciente ou impeça que ele use da sua autonomia, prejudicando-o” (Rodrigues & Zago, 2006, p. 440). Assim, cada data definida, era uma nova meta que a Sra. A pretendia atingir, e de preferência com uma melhoria do seu ânimo, do seu apetite, da sua mobilidade, da sua dor... tal era a motivação para realizar mais um tratamento de quimioterapia.

Esta atitude por parte da Sra. A remete-me para a importância da esperança em cuidados paliativos. Segundo Fitch (2006, p. 76) “a esperança é parte natural da existência humana. Algum grau de esperança está presente em todas as pessoas; ela é fator significativo em doenças terminais e está citada como verdadeiro alimento para as pessoas, especialmente em momentos difíceis”. Twycross (2003) define esperança como uma expectativa superior a zero de atingir um objetivo, alegando assim, que a esperança tem de possuir um objetivo. Em concordância com estas perspetivas, o estabelecimento de objetivos realistas junto da Sra. A constituiu uma das formas de restaurar e manter a esperança. Neste contexto, semana após semana, foi importante transformar um objetivo final (irrealista) – diminuir a progressão da doença através do tratamento, numa série de objetivos realistas que focassem o alcance de metas a curto-prazo.

PRESENTE

Negociação

Perante o alcance de metas a curto-prazo, a negociação foi a estratégia de comunicação verbal que marcou a interação. Ao utilizar esta estratégia, tive de determinar o grau atual de informação da Sra. A, em termos daquilo que sabia e compreendia sobre a sua doença, e proceder de acordo com as suas respostas, pois se a pessoa dá sinais, diretos ou indiretos, que não considera que a sua doença seja fatal, é errado forçá-la a admitir essa realidade (McEwen & Harris, 2010).

A utilização desta estratégia de comunicação verbal permitiu focar a esperança da Sra. A em objetivos realistas como a otimização do controlo da sua dor; uma noite contínua de descanso; a presença dos seus familiares em horário alargado; entre outros objetivos. O cumprimento destes objetivos ofereceu diferentes “esperanças alternativas”,

pois “quando pouco há já a esperar, continua a ser realista ter esperança numa morte serena” (Twycross, 2003, p. 34). De facto, a negociação foi um processo contínuo que resultou numa ponderação entre o possível e o aceitável, que não se esgotou numa única interação. O Enfº-chave referiu que a forma como abordamos esta questão foi muito pertinente, pois o facto de negociarmos novas possibilidades, permitiu que a Sra. A ficasse menos apreensiva e expectante face ao tratamento, focando-se no cumprimento de objetivos realistas a cada dia. Afirmei junto dele a importância de ter respeitado a decisão da Sra. A, sem críticas e julgamentos, pois isso facilitou-lhe a perceção de que a iríamos ajudar a viver com o máximo de conforto e qualidade os dias vindouros.

PRESENTE

Toque/Tom de voz

Considero que a eficácia da comunicação desenvolvida junto da Sra. A motivou a que antecipasse a discussão de questões de final de vida, tendo referido por exemplo, o local onde iria morrer. Enquanto proferia estas palavras, toquei-lhe suavemente a mão, e sem que nada fosse dito, senti que lhe estava a assegurar que iria fazer os possíveis para que não regressasse a casa e pudesse morrer no hospital. Neste sentido, o toque conferiu-lhe calma, segurança e tranquilidade (Phaneuf, 2005). Antes de desenvolver competências de comunicação, pouco utilizava o toque, reduzindo-o a uma esfera apenas instrumental. Ao utilizá-lo com eficácia, relativamente ao local, intensidade e duração, pude perceber a sua importância e o impacto securizante que este tem junto da pessoa.

O facto da Sra. A ter verbalizado claramente o local onde queria que ocorresse a sua morte, permitiu que participasse no seu processo de morrer. Foi importante reforçar positivamente esta atitude, pois se não manifestasse este desejo, não a poderíamos ajudar neste sentido. Saliento que morte e o processo de morrer não são sinónimos, pois sobre a morte quase nada se pode conhecer e sobre o morrer há muito para conhecer, já que o morrer é vivido pela pessoa ainda em vida (Rodrigues & Zago, 2006). O Enfº-chave ficou surpreso quando a Sra. A falou sobre o local onde queria morrer, e de certa forma o pedido de ajuda que nos estava a fazer. Acrescentou ainda que foi a primeira vez que uma pessoa em situação paliativa lhe havia falado sobre a morte, pois sempre que se apercebia que tal pudesse acontecer, suspendia o diálogo, afastando-se assim que possível. Efetivamente, o distanciamento físico e emocional dos enfermeiros perante o processo de morrer e a morte, é comum, pois “falar sobre a morte talvez seja uma das tarefas mais difíceis e complicadas para os profissionais de saúde, mas lidar com a

questão é importante para o desenvolvimento da vida pessoal e profissional” (Muccillo, 2006, p. 348). Posso afirmar que este diálogo sobre a sua morte existiu porque a nossa presença foi eficaz, e como tal, possibilitou um diálogo existencial. Strang, Henoch, Danielson, Browall, & Melin-Johansson (2014), referem que a maioria das discussões existenciais com a pessoa em situação paliativa são relativas à vida, ao significado da doença, ao sofrimento, ao medo, ao desespero, à esperança e à morte. Os mesmos autores acrescentam que o diálogo existencial por parte da pessoa vai desde a ansiedade severa perante a morte, ao diálogo focado especificamente em assuntos práticos.

De facto, a morte foi um assunto abordado de forma prática e pragmática por parte da Sra. A, e por esta razão, questionei-me:

Estaria serena relativamente à sua morte? Ou seria difícil para si abordar questões existenciais relacionadas com a sua morte?

Durante a interação, as questões que levantei relativamente à morte ocorreram num tom de voz suave e calmo, sintónico com as emoções que estavam a ser expressas pela Sra. A. Operacionalizei esta estratégia para-verbal de comunicação, seguindo o que nos diz Phaneuf (2005), pois perante uma pessoa triste, angustiada ou em sofrimento, devemos utilizar um tom de voz doce, calmo e respeitoso. Evidencio ainda que no final da interação, partilhámos que as emoções expressas pela Sra. A precipitaram um momento emocionalmente intenso, em que sentimos um “nó” na garganta. Experimentámos também uma sensação de impotência, por sabermos que o seu objetivo de ensinar a neta a ler e a escrever não seria cumprido. Perante este misto de emoções, corroboro a perspetiva de Kübler-Ross (2009) quando refere que cuidar de uma pessoa que está a morrer requer maturidade, e sugere que reflitamos sobre a nossa própria atitude em relação à morte e ao morrer antes de nos sentarmos calma e proximamente de uma pessoa que se encontra em fim de vida. Na verdade, embora a interação tenha sido emocionalmente “intensa” para todos os intervenientes, foi de grande importância para a Sra. A, ao referir que se sentia mais “aliviada”, pois ainda não tinha conseguido chorar ou falar sobre assuntos tão pessoais desde que se encontrava internada.

Esta intervenção demonstrou que, “acompanhar espiritualmente a pessoa que sofre é entrar no mundo interior da outra pessoa e em toda a sua biografia, implica perceber as suas necessidades e apelos ou “gritos” mais profundos, compreender o seu modo de estar e de sentir e, sobretudo, saber permanecer ali ao lado, ainda que a muito custo e, por vezes, sem saber o que fazer” (Mendes, 2011, p. 56). De acordo com Amoah (2011), a espiritualidade, qualquer que seja a sua sombra ou forma, ajuda muitos daqueles que enfrentam uma doença incurável, dando sentido à vida durante tempos

difíceis, revelando-se por isso emergente incorporar os cuidados espirituais como algo fundamental para o conforto da pessoa e dos seus familiares. Fez desta forma sentido, o desenvolvimento de um processo de comunicação que proporcionasse conforto no âmbito do contexto psicoespiritual da pessoa. O conforto relacionado com este contexto refere-se ao autoconceito, à visão que a pessoa tem de si mesma e do sentido que atribui à vida e às suas relações com o mundo e com um ser superior (Kolcaba, 2003). Perante a incurabilidade da doença oncológica, a Sra. A estava a vivenciar uma situação de desconforto e necessitava de uma intervenção de Enfermagem cujas medidas de conforto ajudassem a suportar este momento. As principais medidas de conforto implementadas traduziram-se numa boa capacidade de comunicação, geradora de uma presença que assegurou uma atitude empática, a validação de emoções e uma escuta ativa, que segundo Amoah (2011), são intervenções vitais para prestar cuidados espirituais.

Não existindo uma expressão religiosa da espiritualidade por parte da Sra. A, partilho da perspectiva de Mendes (2011, p. 55) quando refere que, “a espiritualidade, tendo ou não expressão religiosa, acaba por ser uma mais-valia para a integração da doença e da morte, ajudando na adaptação à nova realidade, dando resposta às necessidades espirituais e funcionando, muitas vezes, como “terapêutica espiritual” para o doente e para os seus familiares”. Nas interações seguintes, foi importante apropriar-me do significado que assumia a espiritualidade para a Sra. A e seus familiares, pois de facto, o argumento pelo qual a espiritualidade é fundamental em cuidados paliativos prende-se com o facto das questões espirituais, integradas na perspectiva cultural de cada pessoa/família, serem tidas em devida consideração em todos os pontos de avaliação e planeamento dos cuidados (Amoah, 2011).

*PRESENT*E

Empatia

A análise desta interação fez sobressair o facto de que, o processo de comunicação não é algo standardizado quando se pretende compreender aquilo que a pessoa está a dizer ou a sentir, pois a vivência do processo de morrer é uma experiência nova e única para qualquer ser humano. Nesta ótica, Araújo (2011, p. 47) refere que “a preocupação com os familiares que ficam, o medo do desconhecido perante a morte, do sofrimento intenso no momento da morte e de estar sozinho quando tudo isso acontecer são comuns e geram intenso sofrimento psíquico para o doente. Reflexões sobre o processo de revisão de vida também são frequentemente realizados e podem trazer

angústias para o paciente que tem assuntos inacabados ou conflitos a serem resolvidos. Mesmo quando não é mais possível verbalizar seus anseios, o paciente que vivencia a terminalidade demonstra de maneira não-verbal e fisiológica seu sofrimento e ansiedade”.

Como tal, foi importante reconhecer que a eficácia do processo de comunicação não se resume a um compromisso de troca de informações, pois toda a comunicação possui duas componentes: o conteúdo, o facto, a informação que queremos transmitir, e o que sentimos quando estamos a interagir com o outro (Silva, 2012). Por sua vez, esta interação integrou as referidas componentes, por forma a ir ao encontro das necessidades de informação, preocupações e expectativas da pessoa (Querido, et al., 2016). Para este efeito, as estratégias de comunicação apresentaram um contributo muito favorável, pois permitiram operacionalizar uma atitude empática, e aceder com maior profundidade aos sentimentos e emoções vivenciados pela Sra. A perante a incurabilidade de uma doença oncológica. Esta atitude empática não foi demonstrada apenas por palavras (*quando referi por exemplo: imagino que deva ser muito angustiante...*), pois a expressão facial, o contato visual, a distância adequada, o tom de voz ou o toque também ajudaram a demonstrar empatia. Nesta lógica, posso afirmar que toda a intervenção junto da Sra. A foi alicerçada na empatia, pois ao ser empática pude compreender a Sra. A partindo do seu ponto de vista; reconhecer ou sentir o que era significativo para si; pude procurar saber como percecionava a sua situação; pude tentar perceber o que sentia a respeito de si mesma; qual era a sua atitude subjetiva relativamente a qualquer aspeto da sua vida, entre outros aspetos.

Na realidade, em certo sentido vivi a sua experiência, embora não tenha confundido os seus sentimentos e perceções como meus, uma vez que podemos perder a eficácia da intervenção ao tornar nosso o problema do outro. Foi-me assim possível ajudar a Sra. A a encarar de forma construtiva e positiva a sua fase final de vida, pois “podemos tornar esta etapa da vida como a última etapa do crescimento, o que implica um trabalho no sentido de diminuir o sofrimento, melhorar a qualidade de vida e manter a dignidade da pessoa” (Alvarenga, 2012, pp. 100-101).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alvarenga, M. (2012). A comunicação na transferência dos cuidados curativos para os cuidados paliativos. Em A. Barbosa, *Investigação Qualitativa em Cuidados Paliativos* (pp. 81-104). Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Amoah, C. F. (2011). The central importance of spirituality in palliative care. *International Journal of Palliative Nursing*, 17(7), 353-358.
DOI:org/10.12968/ijpn.2011.17.7.353
- Araújo, M. M. (2011). Comunicação em cuidados paliativos: proposta educacional para profissionais de saúde. Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (Tese de Doutorado). São Paulo.
DOI:10.11606/T.7.2011.tde-31052011-123633.
- Araújo, M. M., & Silva, M. J. (2012). O conhecimento de estratégias de comunicação no atendimento à dimensão emocional em cuidados paliativos. *Revista Texto Contexto Enfermagem*, 21(1), 121-129.
DOI:org/10.1590/S0104-07072012000100014
- Buckman, R. (2001). Communication skills in palliative care: A practical guide. *Neurologic Clinics*, 19(4), 989-1004.
DOI:org/10.1016/S0733-8619(05)70057-8
- Ekman, P. (2011). *A linguagem das emoções: Revolucione sua comunicação e seus relacionamentos reconhecendo todas as expressões das pessoas ao redor*. São Paulo: Lua de Papel.
- Fitch, M. (2006). Necessidades emocionais de pacientes e cuidadores em cuidados paliativos. Em C. A. Pimenta, D. D. Mota, & D. A. Cruz, *Dor e Cuidados Paliativos: Enfermagem, Medicina e Psicologia* (pp. 67-85). São Paulo: Manole.
- Kolcaba, K. (2003). *Comfort Theory and Practice - A vision for Holistic Health Care and Research*. New York: Springer Publishing Company.
- Kreps, G. L. (2012). Communication and Palliative Care: E-Health Interventions and Pain Management. Em R. J. Moore, *Handbook of Pain and Palliative Care: Biobehavioral Approaches for the Life Course* (pp. 43-52). Rockville: Springer.
DOI:10.1007/978-1-4419-1651-8
- Kübler-Ross, E. (2009). *On Death and Dying. What the dying have to teach doctors, nurses, clergy and their own families*. Oxford: Routledge.

- McEwen, A., & Harris, G. (2010). Communication: fundamental skills. Em S. Kraszewski, & A. McEwen, *Communication Skills for Adult Nurses* (pp. 1-22). England: Bell and Bain.
- Mendes, A. P. (2011). Diagnóstico espiritual e respectiva intervenção no doente e na prática. *Cadernos de Saúde*, 4(1), 53-62.
- Muccillo, N. (2006). O preparo do corpo após a morte: aspectos culturais, cuidados físicos e emocionais. Em C. A. Pimenta, D. D. Mota, & D. A. Cruz, *Dor e Cuidados Paliativos: Enfermagem, Medicina e Psicologia* (pp. 347-359). São Paulo: Manole.
- Nyatanga, B. (2014). Does humour have a place in palliative care? *British Journal of Community Nursing*, 19(4), 202.
DOI:10.12968/bjcn.2014.19.4.202
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência.
- Pinto, A. C. (2014). A relação de ajuda nos cuidados paliativos: a abordagem humanista de Carl Rogers. *Cuidados Paliativos*, 1(1), 62-69. Obtido em 10 de Agosto de 2015, de http://www.apcp.com.pt/uploads/revista_cp_vol_1_n_1.pdf
- Querido, A. (2012). Dimensões da esperança em cuidados paliativos. Em A. Barbosa, *Investigação Qualitativa em Cuidados Paliativos* (pp. 1-20). Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Querido, A., Salazar, H., & Neto, I. G. (2016). Comunicação. Em A. Barbosa, P. R. Pina, F. Tavares, & I. G. Neto, *Manual de Cuidados Paliativos* (3ª ed., pp. 815-832). Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Rodrigues, I. G., & Zago, M. (2006). O papel da enfermeira nos cuidados paliativos. Em C. A. Pimenta, D. D. Mota, & D. A. Cruz, *Dor e Cuidados Paliativos: Enfermagem, Medicina e Psicologia* (pp. 434-449). São Paulo: Manole.
- Silva, M. J. (2012). Comunicação de Más Notícias. *O Mundo da Saúde*, 36(1), 49-53. Obtido em 22 de Agosto de 2016, de http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/artigos/mundo_saude/comunicacao_mas_noticias.pdf
- Strang, S., Henschel, I., Danielson, E., Browall, M., & Melin-Johansson, C. (2014). Communication about existential issues with patients close to death-nurses' reflections on content, process and meaning. *Psycho-Oncology*, 23(5), 562-568.
DOI:10.1002/pon.3456
- Twycross, R. (2003). *Cuidados Paliativos* (2ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores.

Apêndice XVII: Plano da sessão de formação (Parte II)

PLANO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO (Parte II)

Tema: Comunicação do enfermeiro com a pessoa com doença oncológica em situação paliativa e seus familiares: Contributos para a melhoria dos cuidados	Local: Internamento médico-cirúrgico
Destinatários: Enfermeiros do internamento médico-cirúrgico	Duração: 40 minutos
	Data: 4 de Fevereiro de 2016
	Hora: 15:30

OBJETIVO GERAL	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	CONTEÚDOS PROGRAMÁTICOS	METODOLOGIA FORMATIVA	RECURSOS MATERIAIS	AValiação
Capacitar os enfermeiros no âmbito das competências básicas e estratégias de comunicação enfermeiro-pessoa com doença oncológica em situação paliativa e seus familiares.	Que os enfermeiros sejam capazes de: - Identificar as competências básicas e estratégias de comunicação perante situações da prática; - Refletir sobre o contributo das competências básicas e estratégias perante temáticas* complexas de comunicação.	Introdução (5 minutos): - Apresentação das interações enfermeiro-pessoa/família; Desenvolvimento (25 minutos): - Identificação das competências básicas e estratégias de comunicação utilizadas durante as interações; - Análise do contributo das mesmas para a eficácia das interações; - Reflexão sobre as temáticas complexas de comunicação existentes nas interações; - Apresentação do acrónimo de comunicação (<i>PRESENTE</i>) enquanto instrumento de trabalho; - Aplicação do acrónimo perante uma das interações. Conclusão (10 minutos): - Evidenciação da importância da eficácia da comunicação enfermeiro-pessoa/família; - Demonstração dos resultados obtidos; - Síntese dos conteúdos apresentados.	- Método interrogativo mobilizando questões relacionadas com a temática; - Método interativo utilizando a técnica de <i>brainstorming</i>.	- Sala adequada para formação com mesas e cadeiras dispostas em “U”; - Computador; - Tela de projeção.	- Debate e esclarecimento de dúvidas acerca dos conteúdos apresentados; - Entrega de documento de avaliação da formação.

*Transição tratamento curativo-paliativo; gestão de expectativas; esperança; espiritualidade; processo de morrer e a morte.